Aus der Universitäts-Nervenklinik Homburg (Saar)
Direktor: Prof. Dr. H.-H. Meyer

Über die Abhängigkeit des Behandlungserfolges von verschiedenen Behandlungsverfahren bei endogenen Depressionen, dargestellt an Stichproben aus dem Krankengut der Jahre 1950, 1955, 1960 und 1965

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Luise Ulrich

1968

Dekan: Prof. Dr. med. F. Loew
Referent: Prof. Dr. W. Schmitt

Aus der Universitäts-Nervenklinik Homburg (Saar)
Direktor: Prof. Dr. H.-H. Meyer

Über die Abhängigkeit des Behandlungserfolges von verschiedenen Behandlungsverfahren bei endogenen Depressionen, dargestellt an Stichproben aus dem Krankengut der Jahre 1950, 1955, 1960 und 1965

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Luise Ulrich

Dekan: Prof. Dr. med. F. Loew
Referent: Prof. Dr. W. Schmitt

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Tag der mündlichen Promotionsprüfung 8. Februar 1968

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN

1.1. Ausgangssituation und Ziel der Untersuchungen 1
1.2. Geschichte und psychopathologische Wirkungsweise der Elektrokrampftherapie 3
1.3. Historische Entwicklung und psychopathologische Wirkungsweise der Psychopharmaka 6

2. SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

2.1. Überblick über die Methoden der statistischen Auswertungen endogener Depressionen während der letzten 15 Jahre 12
2.2. Eigene Untersuchungsmethode 13

3. STATISTISCHE DESCRIPTION 18

A. Allgemeine Gesichtspunkte 20

1. Herkunft 20
2. Alter - Manifestationsalter - Dauer seit der Ersterkrankung 20
3. Konstitution - Prämorbide Persönlichkeit - Heredität 21

B. Eingehende Betrachtungen über die jetzige Erkrankung 22
1. Entwicklung der jetzigen Erkrankung - Anzahl der Phasen - Aufnahmemonat 22
2. "Auslösende Momente" und Symptome der Erkrankung 23
3. Klinikaufenthaltsdauer 24

C. Therapie der jetzigen Erkrankung 25

1. Vor- und Nachbehandlung 25
2. Therapiearten 26
a) Verzeichnis der verwandten Psychopharmaka 28
b) Elektrokrampftherapie 29
c) Kombinierte Pharmako - Elektrokrampftherapie 30

D. Ergebnisse anderer Autoren 31

E. Zusammenfassung der statistischen Description (eigene Ergebnisse) 33

4. STATISTISCHE ANALSYSE 37

4.1. Behandlungserfolg in Abhängigkeit vom Geschlecht 37
4.2. Behandlungserfolg in Abhängigkeit vom Alter 38
4.3. Abhängigkeit des Behandlungserfolges vom Manifestationsalter 39
4.4. Abhängigkeit des Behandlungserfolges von der Phasenanzahl 40
4.5. Remission in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung 41
4.6. Remission in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginnes 42
4.7. Remission in Abhängigkeit vom Klinikaufenthalt in Wochen 43
4.8. Abhängigkeit des Erfolges von den einzelnen Symptomen 44
4.9. Abhängigkeit des Behandlungserfolges von der Therapieart 45

5. ZUSAMMENFASSUNG DER EIGENEN ERGEBNISSE DER STATISTISCHEN ANALYSE 48

6. ERGEBNISSE ANDERER AUTOREN 50

7. ABSCHLIESSENDE BETRACHTUNG 55

Tabellen 57

Literaturverzeichnis 67

1. EINFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN

1.1. Ausgangssituation und Ziel der Untersuchungen.

Während man 1950 auf die isolierte Elektrokrampftherapie angewiesen war, stand 1952 zwar das Neuroleptikum Chlorpromazin, aber noch kein spezifisches Antidepressivum zur Verfügung. Seit 1957 hatte man die Möglichkeit, mit dem ersten Thymoleptikum Imipramin zu therapieren, das man entweder isoliert oder in Kombination mit Chlorpromazin oder Elektrokrämpfen anwandte. Seit 1961 können mehrere Psychopharmaka in die Therapie eingesetzt werden. Seither hat der Psychiater zum ersten Mal die Möglichkeit, die endogenen Depressionen symptomgerichtet zu behandeln, da für die einzelnen Psychopharmaka jeweils bestimmte Zielsymptome angegeben werden können, die spezielle Indikationen ergeben. So kann z. B. durch Imipramin bei Vitalstörungen und Hemmungen, durch Amitriptylin und Opipramol bei Agitation und innerer Unruhe eine gute Besserung erzielt werden. BENTE, ENGELMEIER, HEINRICH, HIPPIUS und SCHMITT (im folgenden Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie = AMP genannt) gelang es auf mathematischem Wege, durch Bestimmung des Remissionsquotienten bei den einzelnen Psychopharmaka die jeweiligen Zielsymptome zu ermitteln.

Sehr wichtig bei Wahl der Psychopharmaka ist aber auch die Beachtung der psychischen Eigenwirkung (VON BAEYER -b-), die unter Umständen

in der Lage ist, besonders in der Anfangszeit ungünstige Wirkungen auf das Zustandsbild auszuüben, die sich als sogenannte Störsyndrome (SCHMITT -a-) manifestieren. Außer einer Therapie mit einem einzelnen Pharmakon ist die Möglichkeit einer kombinierten Pharmakotherapie gegeben, um auf diese Weise ein optimales Therapieresultat zu erhalten. Falls eine Pharmakotherapie nicht zum gewünschten Erfolg führt, bleibt die häufig angewandte mit Pharmaka kombinierte Elektrokrampftherapie.

Es stehen also heute mehrere therapeutische Prinzipien zur Verfügung:

1. die isolierte Elektrokrampftherapie.
2. die mehr symptombezogene Pharmakotherapie mit einem Pharmakon.
3. die Pharmakotherapie mit zwei oder mehreren Pharmaka.
4. die mit Pharmaka kombinierte Elektrokrampftherapie.

Aufgabe der folgenden Darstellungen soll es sein, nach eventuellen Unterschieden im Behandlungsausgang bei Berücksichtigung der jeweiligen Behandlungsmethode, untergliedert nach den therapeutischen Gruppen zu suchen. Außerdem sollen verschiedene Variablen (bestimmte Daten aus der Anamnese des Patienten) mit dem Therapieerfolg in Beziehung gesetzt werden, um auf diese Weise festzustellen, ob sich eine Relation zwischen Behandlungserfolg und den verschiedenen Variablen eruieren läßt.

1.2. Geschichte und psychopathologische Wirkungsweise der Elektrokrampftherapie.

1937 führten CERLETTI und BINI die Elektrokrampftherapie in die Psychiatrie zur Behandlung der endogenen Psychosen ein.

Bis zum Jahre 1952, bis zum Beginn der Pharmakotherapieära war die Elektrokrampftherapie das einzige somatische Behandlungsverfahren der endogenen Depressionen. Das somatische Wirkungsprinzip der Elektrokrampftherapie, ihre Angriffspunkte auf die Psychose sind bis heute nicht genügend erforscht. Es bleibt demzufolge unklar, ob die Elektrokrampftherapie als eine kausale Therapie (VON BAEYER und GROBE) oder als symptomatische Therapie aufzufassen ist.

Über die somatische Wirkung der Elektrokrampftherapie gibt es viele Theorien, die sich nicht als haltbar erwiesen. VON MEDUNA, der Begründer der Cardiazolkrampftherapie, ist der Meinung, daß die heilende Wirkung der Krampftherapie auf der Kohlehydratstoffwechselbeeinflussung des Gehirnes beruhe. J. DELAY glaubt, daß der Angriffspunkt der Elektrokrampftherapie im Zwischenhirn im Bereich des Weckzentrums sei. Diese Theorie ist insofern interessant, da der Wirkungsbereich einiger Psychopharmaka von manchen Autoren in diesen Bereich verlegt wird.

Die meisten Autoren sind sich aber darüber einig, daß die Elektrokrampftherapie ein somatisches Geschehen ist, das die psychopathologischen Manifestationen der Psychose zu beseitigen vermag. WEITBRECHT formuliert die Wirkung der Elektrokrampftherapie folgendermaßen:
"Durch die Elektrokrampftherapie wird die Psychose in toto beeinflußt oder gar ausgelöscht, die Symptomenverbände werden zerschlagen und die Bruchstücke durch Verdrängung, Amalgierung oder auflösende Objektivierung entaktualisiert."

Im Anschluß an die Elektrokrampftherapie kommt es zu einem organischen Schocksyndrom (WEITBRECHT) mit mnestischen Störungen, Schwerbesinnlichkeit, Ratlosigkeit, erschwerter Auffassung und Störungen der Merkfähigkeit. Vorübergehend kann es auch zu einer flachen Euphorie kommen oder zu einer Abnahme der Initiative und des Antriebes. Dieses organische Schocksyndrom dauert meistens nur einige Tage an; deshalb spricht man von einem Durchgangssyndrom.
Das organische Schocksyndrom nimmt eine bedeutende Stellung bei der Therapie der Psychose ein, weil durch die mnestischen Störungen die Erinnerung an die vorausgegangene Psychose zum Teil verloren geht und dadurch eine Verdrängung der psychotischen Inhalte gegeben ist.

Die eigentliche Schockwirkung liegt in einer affektiven Veränderung. KURT SCHNEIDER spricht von einer Temperamentstherapie, die zu einer Modifizierung der Gestimmtheit führt. BERSOT beschreibt die Wirkung der Elektrokrampftherapie auf den Gesunden nach zwei Selbstversuchen: Dabei erlebte er eine Amnesie und gleichzeitig ein Zurücktreten seiner Sorgen und Probleme. Es kam bei ihm zu einem Umschwung der Grundstimmung.

Die Wirkung der Elektrokrampftherapie auf die endogenen Depressionen äußert sich in einer Auflockerung, Lösung von Hemmungen, Hebung der Stimmungslage und Zurücktreten der depressiven Inhalte. Der Patient nimmt wieder Anteil an seiner Umgebung und findet Kontakt zu seinen Mitmenschen. VON BAEYER (-a-) betont, daß die Elektrokrampftherapie nicht nur eine Temperamentstherapie ist, sondern daß die psychotische Erlebnisproduktion ebenfalls stark eingeschränkt wird, womit eine günstige Beeinflussung der depressiven Wahninhalte verbunden ist. Häufig kommt es auch zu einer Impulsverminderung mit Nachlassen der motorischen Erregbarkeit, was sich günstig auf den Verlauf von agitierten Depressionen auswirkt. VON BAEYER (-a-) fand, daß Vitalstörungen schlechter auf die Elektrokrampftherapie ansprechen als agitierte Depressionen mit Wahninhalten.

1.3. Historische Entwicklung und psychopathologische Wirkung der Psychopharmaka.

a) Neuroleptika

Die moderne Pharmakotherapie beginnt mit der Einführung des Chlorpromazins, einem Phenothiazinderivats, in die Behandlung der Psychosen, 1951 wurde dieses Präparat von LABORIT entdeckt und 1952 von DELAY und DENIKER in die Psychosentherapie eingeführt. Das Chlorpromazin ist ein Neuroleptikum,das nach DELAY und DENIKER folgende Wirkungen hat:
Psychomotorische Verlangsamung, emotionale Gleichgültigkeit, intentionale Verarmung und zentrale Dämpfung. Wegen dieser Eigenschaften ist das Chlorpromazin bei gehemmten und apathischen Depressionen kontraindiziert, da der Patient durch die zusätzliche Dämpfung noch gehemmter und apathischer wird. (KIELHOLZ und STAEHELIN).

Außer ihrer zentraldämpfenden Wirkung haben auch einige Neuroleptika eine thymoleptische Wirkung wie z. B. das Amitriptylin und das Dipenzepin (auf diese Pharmaka soll in einem anderen Zusammenhang näher eingegangen werden)

b) Thymoleptika

I. Monoaminooxydaseinhibitoren

Die Monoaminooxydaseinhibitoren sind die ersten Antidepressiva, deren stimmungshebende Wirkung 1952 von ROBITZEK beschrieben wurde.

Man hatte zufällig bemerkt, daß das Tuberkulostatikum Iproniazid die Stimmungslage hebt. Durch Hemmung der Monoaminooxydase soll es zur Anreicherung von Katecholaminen an den Synapsen des Gehirns kommen und damit zu einer Antriebssteigerung und Beseitigung von Hemmungen. Die Monoaminooxydaseinhibitoren sind Antidepressiva, die aber wegen ihrer Lebertoxizität und anderen Unverträglichkeiten bald aus dem Handel gezogen werden mußten.

II. Imipramin, ein Iminodibenzylderivat [1)]

Ein großer Fortschritt in der Pharmakotherapie der endogenen Depressionen bedeutete es, als 1957 von KUHN das erste bedeutende Antidepressivum, das Iminodibenzylderivat Imipramin entdeckt wurde. Die gute Wirkung des Imipramins insbesondere auf endogene Depressionen wurde an Hand einer statistischen Untersuchung 1958 von KIELHOLZ und BATTEGAY beschrieben.

Die spezifische Wirkung und die eigentlichen Wirkungswege des Imipramins im Gehirn sind ebenso wie die der übrigen Psychopharmaka nicht genau bekannt.

Allgemein ist man der Auffassung, daß die Psychopharmaka in den Katecholaminstoffwechsel des Gehirns eingreifen. Die Katecholamine werden im Gehirn in Granula gespeichert und von dort aus an die Synapsen weitergegeben.

1) Tofranil WZ

Über die chemische Wirkung der Antidepressiva im Gehirn existieren mehrere Theorien:

PLETSCHER sagt, daß die Thymoleptika den Gehalt an Catecholaminen im Gehirn erhöhen, dadurch, daß sie die Aufnahme der Catecholamine in die Granulaspeicher hemmen und es dadurch zu einer Anreicherung der Catecholamine an den Synapsen kommt. Außerdem kommt es durch eine zentrale sympathische Erregung ebenfalls zu einem vermehrten Freiwerden von Katecholaminen. PLETSCHER glaubt, daß die Anhäufung der Katecholamine im Bereich der Synapsen für die antidepressive Wirkung des Imipramins verantwortlich zu machen ist.

Nach der Theorie von SELBACH ist die thymoleptische Wirkung des Imipramins folgendermaßen zu erklären:
Das Medikament soll die Erregungsübermittlung innerhalb der neuralen Synapsen hemmen, wobei es in geringem Maße zu einer Hemmung der sympathischen Aktivität kommt (kurzdauernde neuroleptische oder trophotrope Phase), und es im Anschluß daran zu einer starken Hemmung der parasympathischen Aktivität führt (eigentliche thymoleptische oder ergotrope Phase).

STEIN und SEIFTER glauben, daß die antidepressive Wirkung des Imipramin auf der Sensibilisierung der adrenergen Synapsen in der Formatio reticularis beruht.

Imipramin ist ein Thymoleptikum. Darunter versteht man ein Psychopharmakon, das stimmungsaufhellende und antriebssteigernde Wirkung hat. Imipramin hat außer seiner thymoleptischen auch noch eine neuroleptische Wirkungskomponente (trophotope Phase nach SELBACH) insbesondere zu Beginn der Behandlung, was ohne weiteres zu verstehen ist, da Imipramin chemisch mit dem Chlorpromazin nahe verwandt ist. Klinisch wirkt das Imipramin am besten bei vitalgestörten, gehemmten Depressionen (KIELHOLZ und BATTEGAY, SCHMITT -a-, MEYER -b-).

Bei Imipramin stellt sich der Therapieerfolg im Durchschnitt im Zeitraum von 2 - 4 Wochen, seltener schon in der ersten Therapiewoche ein. Dem Imipramin gegenüber hat das Imipraminderivat Desipramin [1] den Vorteil, daß es vom 2. bis 17. Tag der Therapie an wirksam wird, weswegen es gerne bei sehr stark gehemmten Depressionen mit Imipramin kombiniert wird. (SCHMITT -d-).

c) Die neuere Psychopharmaka

I. Opipramol

1961 wurde Opipramol [2], ein Iminostilbenderivat in den Handel gebracht.

1) Pertofran WZ 2) Insidon WZ

Opipramol hat einen tranquilli sierenden und thymoleptischen Effekt. (J. ANGST -b-, W. POELDINGER -d-). SCHMITT beschreibt die Wirkung des Opipramols folgendermaßen:
Opipramol dämpft die Reaktionen, nivelliert, beruhigt, entspannt und hebt die Stimmungslage. Es wirkt vor allen Dingen bei den Depressionen, bei denen die Imipraminmedikation versagt, bei den agitierten innerlich unruhigen Depressionen und bei den Schulddepressionen. Die apathischen, gehemmten Depressionen sprechen weniger gut auf Opipramol an.

J. ANGST fand, daß Opipramol dem Imipramin bei ängstlich agitierten Depressionen signifikant überlegen ist, während bei gehemmten Depressionen das Opipramol dem Imipramin signifikant unterlegen ist. Bei agitierten gehemmten Depressionen empfiehlt SCHMITT (-e-) die Kombination von Opipramol und Imipramin. SCHÄFER spricht bei der Opipramoltherapiewirkung von einem Zweiphaseneffekt. In der ersten nur wenige Tage andauernden Phase wirkt Opipramol tranquillierend und sedierend, während sich seine thymoleptische Wirkung in der zweiten Phase entfaltet.

II. Amitriptylin (Laroxyl(WZ), Saroten(WZ))

Amitriptylin wurde ebenfalls 1961 in den Handel gebracht und ist in seiner Wirkung dem Opipramol ähnlich. Das Amitriptylin ist ein Psychopharmakon mit thymoleptischer und neuroleptischer Wirkungskomponente.

Es hat wie Opipramol einen guten Einfluß auf agitierte, innerlich unruhige Depressionen mit Wahnideen. (ANGST -a-, PÖLDINGER -b-). Bei gehemmten, apathische Depressionen ist Amitriptylin dem Imipramin signifikant unterlegen. (J. ANGST -a-).

III. Dipenzepin (Noveril (WZ))

Dipenzepin ist ein Dibenzodiazepinderivat, das gute Erfolge bei agitierten und vitalgehemmten Depressionen zeigt. SCHMITT (-b-) reiht es in seiner Wirkung zwischen Imipramin und Amitriptylin ein.

VI. Thioridazin (Melleril (WZ))

Thioridazin ist ein Neuroleptikum mit thymoleptischer Wirkung und ebenfalls ein Phenothiazinderivat. Bei Erregung und Verstimmung, innerer Unruhe und Angst wirkt Thioridazin harmonisierend auf die Stimmungslage. Es entspannt und dämpft, ohne zur Apathie zu führen. In niedriger Dosierung wirkt Melleril thymoleptisch, in höherer Dosierung neuroleptisch.

2. SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

2.1. Überblick über die Methoden der statistischen Auswertungen endogener Depressionen während der letzten 15 Jahre.

Die große Schwierigkeit der Auswertung von Krankengeschichten endogener Depressionen liegt darin, daß die Symptome einer psychischen Erkrankung nur schwer objektiv zu beurteilen sind und man immer nur auf die subjektiven Eindrücke des jeweiligen Beobachters angewiesen ist. Zweitens liegt das große Problem einer exakten Beurteilung von endogenen Depressionen darin, daß uns weder die Ursache, d. h. die somatischen pathologischen Veränderungen, die der Psychose zugrundeliegen, noch der somatische Angriffspunkt der Therapie, sei es Elektrokrampftherapie oder Pharmakotherapie, bekannt sind. Betrachtet man die Geschichte der wirksamen somatischen Therapie der endogenen Depressionen, so wird deutlich, daß keine systematische Forschung, sondern reine Empirie den therapeutischen Weg gezeigt hat. Genauso verhält es sich mit der Psychose, hier ist man bei der Diagnostik lediglich auf mehrere psychopathologische Symptome angewiesen, deren individuelle Gruppierung man als endogene Depression bezeichnet.
Die Tatsache, daß über die Genese der Psychose und über das Eingreifen der Therapie nichts Definitives bekannt ist, führt im Kreise der Psychiater zu einer Art von Resignation.

Man begnügte sich bei der Auswertung von Krankengeschichten und der Analyse von Therapieergebnissen mit rein subjektiven Eindrücken und Erfahrungen, ohne den Versuch einer exakten statistischen Auswertung zu unternehmen.

Erst 1960 wurde von einer Gruppe von Psychiatern (BENTE, ENGELMEIER, HEINRICH, HIPPIUS und SCHMITT = A M P "Arbeitsgemeinschaft für Methodik in der Psychiatrie") ein klinisches Prüfungsprogramm für die Pharmakotherapie entworfen. Durch mathematisch statistische Überprüfung der Erfolgsresultate und ihrer Relation zu den wichtigsten anamnestischen Daten soll eine exakte Beurteilung therapeutischer Versuche garantiert werden. Die A M P gab eine ausführliche Beschreibung der ersten statistischen Untersuchungsmethoden an. Sie verwandte für die statistische Auswertung Vordrukke, die alle wesentlichen Daten aus der Anamnese enthielten. Die notwendigen Daten wurden verschlüsselt und auf IBM-Lochkarten übertragen. Die Datenverarbeitung erfolgte durch eine elektronische Rechenmaschine. Im Anschluß daran wurde eine mathematisch-statistische Berechnung vorgenommen. Auf diese Weise war es zum ersten Male möglich, eine exakte statistische Analyse vorzunehmen und somit eine objektive Kontrolle der jeweiligen Behandlungsergebnisse in Händen zu haben.

2.2. Eigene Untersuchungsmethode

Die von der A M P angegebene statistische Untersuchungsmethode wurde auch bei der jetzigen Untersuchung angewandt.

Insgesamt wurden 204 Krankengeschichten von Patienten mit endogenen Depressionen untersucht, wobei jede einzelne Krankengeschichte einzeln analysiert wurde. Die wichtigsten anamnestischen Daten wurden auf drei Karteikarten eingetragen, die als Lochkartenbelege dienten. Die einzelnen Daten wurden verschlüsselt und auf IBM-Lochkarten übertragen.
Die mathematische Auswertung erfolgte auf der elektronischen Datenverarbeitungsanlage des Rechenzentrums der Universität des Saarlandes X_1 (Electrologica)
Die mathematisch statistischen Ergebnisse wurden nach dem Chi ^{2}-Verfahren von PEARSON berechnet.
Im folgenden sollen die wichtigsten Daten der 3 Kartenarten stichwortartig wiedergegeben werden.

Die I. Karte enthält folgende Daten aus der allgemeinen Anamnese:

Krankenblattnummer
Name, Geburtsdatum
Wohnort
Wohngegend (Großstadt-Kleinstadt-ländlicher Bezirk)
Zahl der Geschwister
Stellung in der Geschwisterfolge
Zahl der Kinder
Zivilstand
Nationalität
Muttersprache

Fortsetzung der I. Karte

Konfession, religiöse Bindung
Integration in Wohngemeinschaft
Schulbildung
Berufsausbildung
Stellung im Beruf
Berufskategorie
Stellungnahme zur Berufstätigkeit
Sozialer und ökonomischer Status

Familienverhältnisse bis zum 15. Geburtstag:

Unehelich geboren
Tod des Vaters bzw. der Mutter
Trennung/Scheidung der Eltern
Heim-/Pflegekind

Psychische Erkrankung gleicher oder anderer Art in der Heredität:

bei Verwandten 1. Grades
bei ferneren Verwandten

Konstitutionstyp
Prämorbide Persönlichkeit

Frühere psychische Störungen bzw. Erkrankungen

Kriminalität
Suicidversuche
Sucht
Hirnerkrankungen

Die II. Karte enthält folgende Daten aus der Anamnese der gegenwärtigen Erkrankung:

Jahr der Untersuchung
Alter bei der Untersuchung
Ersterkrankungsalter (Manifestationsalter)
Dauer seit Ersterkrankung (Jahre)
Anzahl der früheren Phasen
Zahl der früheren psychiatrischen Klinikaufnahmen
Verlauf der Erkrankung
Entwicklung der jetzigen Erkrankung in ihrem zeitlichen Ablauf
Erkrankungsdauer bis zur Klinikaufnahme in Wochen
Aufnahme - Monat
"Auslösende" Momente (psychischer oder somatischer Art)

Vorbehandlung

a) Psychopharmaka
b) Krampftherapie
c) Psychotherapie

Klinikaufenthalt in Wochen
Diagnose
Angezielte Symptome
Bei Frauen (Gravidität? Menopause?)

Die III. Karte enthält die wichtigsten therapeutischen Daten:

Während der gegenwärtigen Erkrankung vorausgegangene Behandlungsversuche und deren Gesamtdauer in Wochen

Applizierte Medikamente:

Dosierung
Maximale Tagesdosis
Gesamtdosis in Milligramm
Applikationsdauer in Tagen

Behandlungseffekt

Behandlungsabbruch

Weiterbehandlung nach Klinikentlassung

Krampfbehandlung und kombinierte Behandlung:

Zahl der Krämpfe

Bei Kombinierter Pharmako - Elektrokrampftherapie:

Krampfapplikation (inital-symptomatisch, simultan, intermittierend-symptomatisch, im Anschluß an Pharmaka)

Bei Behandlungskombination : Pharmaka erfolglos, daher Krampf; Krampf erfolglos, daher Pharmaka.

Zusatztherapie

STATISTISCHE DESCRIPTION

Im folgenden soll eine Untersuchung von 204 Behandlungsverläufen endogener Depressionen dargestellt werden. Die Diagnose wurde nach einheitlichen Gesichtspunkten im Sinne Kurt SCHNEIDERS gestellt, wobei durch organische Erkrankungen bedingte Psychosen eleminiert wurden. Wegen ihrer geringen Anzahl wurde auf die Untersuchung der Manien verzichtet. Die Gesamtzahl der endogenen Depressionen belief sich 1950 auf 124 Patienten, 1955 auf 131 Patienten, 1960 auf 152 Patienten, 1965 auf 186 Patienten. Die vier nach den Regeln des Zufalls ausgesuchten Stichproben enthalten 50 Patienten vom Jahrgang 1950, jeweils 52 P a-tienten vom Jahrgang 1955 und 1960 und 50 Patienten vom Jahrgang 1965. Mit Hilfe dieser Anzahl soll versucht werden, die Entwicklung der Behandlung endogener Depressionen im Verlauf einer Zeitspanne von 15 Jahren - von 1950 bis 1965 - darzustellen.

Auf Grund dieser 4 Stichproben werden die Hauptstationen der Therapieentwicklung endogener Depressionen deutlich, ausgehend von der Elektrokrampftherapie über die Anfänge der Pharmakotherapie bis zu ihrem Höhepunkt, wo mehrere Thymoleptika zur Verfügung stehen.

1. Stichprobe 1950

   1950 wurde nur mit Elektrokrampftherapie behandelt.

2. Stichprobe 1955

   1952 etwa begann die Pharmakotherapieära. Damals stand aber noch kein Thymoleptikum, sondern nur das Neuroleptikum Chlorpromazin zur Verfügung.

3. Stichprobe 1960

   1960 wurde das erste und bisher bedeutendste Thymoleptikum Imipramin angewandt.

4. Stichprobe 1965

   1965 standen mehrere Neuro- und Thymoleptika zur Verfügung, die nun auch in Kombination miteinander therapeutisch eingesetzt werden konnten.

Die Voraussetzung für eine exakte statistische Auswertung stelltdie Homogenität der einzelnen Stichproben dar in Bezug auf wichtige statistische Daten. Mit Hilfe des Chi ^{2}-Verfahrens stellten wir fest, daß zwischen den einzelnen Stichproben kein signifikanter Unterschied in Beziehung auf Herkunft, Alter, Manifestationsalter, Rezidivzahl und Dauer seit der Ersterkrankung gefunden werden konnte. Somit ist also eine Homogenität aller 4 Stichproben garantiert, wenigstens insoweit, als medizinisch-klinische Stichproben überhaupt homogen sein können.

BESCHREIBUNG DER WICHTIGSTEN DATEN

A. Allgemeine Gesichtspunkte

1. Herkunft

Der größte Anteil der Patienten aller 4 Stichproben stammt aus ländlichen Bezirken (was damit zusammenhängt, daß das Haupteinzugsgebiet von Homburg die ländlichen Bezirke der Umgebung sind), der übrige Anteil stammt aus der Kleinstadt (38 %) und nur 16 % kommen aus der Großstadt.
Der überwiegende Prozentsatz der Patienten waren Hausfrauen (52 %), 12 % Arbeiter und 12 % Handwerker, 10 % Angestellte, etwa 8 % waren Lehrer bzw. hatten andere Berufe der mittleren Laufbahn inne und etwa 6 % stammten aus Akademikerkreisen. Mit wenigen Ausnahmen waren die Patienten finanziell gesichert. 85 % hatten die Volksschule, etwa 15 % die höhere Schule besucht.
86 % aller Patienten waren verheiratet, 14 % lebten ohne Ehepartner. Was die Verteilung der Geschlechter anging, so verhielt sich der Anteil Frauen zu Männern wie 2 : 1.

2. Alter - Manifestationsalter - Dauer seit der Ersterkrankung

Der größte Anteil aller Patienten, etwa 72 % war bei der Aufnahme über 39 Jahre alt, wobei 43,5 % mehr als 50 Jahre zählten. Von den Patienten, die das 39 Lebensjahr noch nicht überschritten hatten (28 %) waren nur 8 % noch nicht 29 Jahre alt.

Bei mehr als der Hälfte aller Patienten manifestierte sich die Psychose erst nach dem 39. Lebensjahr (55 %). Bei einem Fünftel aller Patienten begann die Psychose vor dem 29. Lebensjahr und bei einem Viertel aller Patienten manifestierte sich dieselbe zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr.
Was die Dauer seit der Ersterkrankung betrifft, so waren zwei Drittel der Patienten weniger als 5 Jahre erkrankt, während bei einem Drittel der Patienten die Psychose 5 bis 30 Jahre andauerte.

3. Konstitution - Prämorbide Persönlichkeit - Heredität.

Etwa die Hälfte aller Patienten waren von pyknischer Konstitution, 18 % gehörten dem Mischtyp an, 11 % der Patienten waren leptosome-, 7 % athletische Konstitutionstypen.
Was die prämorbide Persönlichkeit angeht, so fanden sich nur in 7 % der Fälle Auffälligkeiten, bei 6 % der Patienten handelte es sich um psychoasthenische Persönlichkeiten, in 1 % der Fälle um Süchtige.
Bei ungefähr 40 % der Patienten ließ sich eine Erblichkeit der Psychose in der nahen oder weiteren Verwandtschaft nachweisen.
30 % aller Patienten hatten irgendeinmal seit Beginn ihrer Psychose einen Selbstmordversuch unternommen.

B. EINGEHENDE BETRACHTUNGEN ÜBER DIE JETZIGE ERKRANKUNG.

1. Entwicklung der jetzigen Erkrankung, Anzahl der Phasen, Aufnahmemonat bzw. Jahreszeit der Klinikaufnahme.

Bei 70 % aller Patienten hatte sich die jetzige Erkrankung innerhalb von 6 Monaten und längerer Zeit entwickelt. Bei 30 % lag der Beginn der jetzigen Phase bis zu 4 Wochen zurück.

Was die Anzahl der Phasen betrifft, die der jetzigen Erkrankung vorausging, so fand sich bei etwa der Hälfte aller Patienten (48 %) keine vorangehende Phase, d. h. also, bei 48 % der Patienten handelte es sich bei der jetzigen Erkrankung um eine Ersterkrankung. Bei 30 % aller Patienten ging der jetzigen Erkrankung eine Phase voraus, bei 22 % fanden sich in der Anamnese zwei oder mehr Phasen.

Faßt man alle 4 Stichproben zusammen und fragt, zu welcher Jahreszeit die meisten Patienten stationär behandelt wurden, so liegt das Maximum an Aufnahmen im Frühjahr (36 %), an 2. Stelle stehen Sommer und Winter mit jeweils 24 %. Erstaunlicherweise erfolgten prozentual gesehen die wenigsten klinischen Aufnahmen im Herbst.

Vergleicht man die einzelnen Stichproben miteinander, so kann man unterschiedliche jahreszeitliche Maxima feststellen.

1950 : 1. Maximum im Sommer
2. Maximum im Frühjahr

1955 : 1. Maximum im Frühjahr
2. Maximum im Winter

1960 : 1. Maximum im Frühjahr
2. Maximum im Winter

1965 : 1. Maximum im Frühjahr
2. Maximum im Winter

2. "Auslösende Momente", Symptome der Erkrankung nach Häufigkeit geordnet.

Als "auslösende Momente" für den Ausbruch der Psychose wurden in 10 % der Fälle psychische Belastungen und in 7 % der Fälle somatische Erkrankungen angegeben. Unter den somatischen auslösenden Momenten fanden sich in 4 % der Fälle Wochenbettpsychosen, die sich durch eine besonders schlechte Prognose (nur in 40 % der Fälle kam es zu Vollremissionen) und lange Klinikaufenthaltsdauer auszeichneten. Was als auslösendes Moment vom Patienten für den Ausbruch der Psychose angegeben wird, muß bei kritischer Betrachtung meistens dem Kausalitätsbedürfnis des Patienten zugeschoben werden und ist insofern mit einem Fragezeichen zu versehen.

Ordnet man für alle 4 Stichproben die psychopathologischen Symptome der Erkrankung nach der Häufigkeit ihres Auftretens, so findet man folgende Rangordnung:

Vitalstörungen waren am häufigsten, nämlich bei 78 % der Patienten zu finden.
Gehemmt waren : 70 % der Patienten,
depressiv : 68 % der Patienten,
ängstlich : 62 % der Patienten.

Die 4 psychopathologischen Merkmale : vitalgestört, gehemmt, depressiv und ängstlich traten am häufigsten in Erscheinung. Sie fanden sich bei mehr als zwei Drittel der Patienten.
Ihnen folgen die übrigen Symptome nach Häufigkeit geordnet:

Tagesschwankungen	:	36 %
Innerlich unruhig	:	32 %
Selbstmordversuche	:	32 %
Wahnsymptome	:	30 %
Agitiert	:	12 %
Zwangssymptome	:	9 %

3. Klinikaufenthaltsdauer

Während der 4 Jahrgänge wurden etwa 66 % (zwei Drittel) aller Patienten bis zu 5 Wochen stationär behandelt. 34 % (rund ein Drittel) aller Patienten waren 6 bis maximal 14 Wochen in der Klinikaufgenommen worden.

Die durchschnittliche Klinikaufenthaltsdauer während der 4 Jahre betrug 5,1 Wochen pro Patient.

Betrachtet man die einzelnen Jahrgänge getrennt, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

Durchschnittlicher Klinikaufenthalt:

1950 : ungefähr 5 Wochen pro Patient
1955 : ungefähr 5,4 Wochen pro Patient
1960 : ungefähr 5,1 Wochen pro Patient
1965 : ungefähr 5,0 Wochen pro Patient

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die durchschnittlich benötigte Klinikaufenthaltsdauer zur Zeit der Elektrokrampftherapie derjenigen während der Pharmakotherapieära entspricht.

C. THERAPIE DER JETZIGEN ERKRANKUNG

1. Vor- und Nachbehandlung

Zunächst sollen einige Worte zur Vor- und Nachbehandlung der jetzigen Erkrankung während der einzelnen Jahrgänge gesagt werden.

1950
Keine Vor- und Nachbehandlung
1955
Bei einem Patienten Vorbehandlung mit Chlorpromazin. Bei 6 Patienten Nachbehandlung mit Chlorpromazin. (11 %)
1960
Bei 9 Patienten Vorbehandlung
Bei 25 Patienten Nachbehandlung (50 %)

1965
Bei 12 Patienten Vorbehandlung
Bei 30 Patienten Nachbehandlung (60 %)

Aus diesen Daten kann man ersehen, daß durch die Möglichkeit einer ambulanten Therapie mit Einsetzen der Pharmakotherapie ein großer Fortschritt in der Behandlung der Depressionen eingetreten ist. Insbesondere durch die ambulante Nachbehandlung kann der Patient mitunter früher aus der stationären Behandlung entlassen werden. Außerdem könnte eventuell mit Hilfe der medikamentösen Nachbehandlung die Möglichkeit gegeben sein, Rezidive zu vermeiden. So traten 1950 und 1955 jeweils 3 Kipprezidive auf, 1960 waren nur noch 1 Rezidiv, 1965 kein Rezidiv innerhalb der darauffolgenden Wochen zu verzeichnen.

2. Therapiearten

Wir unterscheiden insgesamt 4 Therapiegruppen bei den 4 Stichproben:

Gruppe I	:	Therapie mit 1 Psychopharmakon.
Gruppe I_2	:	Kombinierte Therapie mit 2 oder mehreren Pharmaka.
Gruppe II	:	Isolierte EK-Therapie
Gruppe III	:	Elektrokrampftherapie kombiniert mit 1 oder mehreren Pharmaka.

Verteilung der Therapiearten während der einzelnen Jahrgänge:

1950 : wurde nur mit Elektrokrämpfen therapiert.

1955 : steht die reine Elektrokrampftherapie noch im Vordergrund. Insgesamt wurden 34 Patienten nur mit EKT therapiert. Außerdem wurde Chlorpromazin in 6 Fällen isoliert und bei 12 Patienten in 12 Fällen mit EKT kombiniert gegeben.

34 x Elektrokrämpfe (II)
6 x Chlorpromazin (I)
12 x EKT kombiniert mit Chlorpromazin (III)

1960 : steht das erste Thymoleptikum Imipramin, das 7 Mal isoliert und 12 Mal in Kombination mit Chlorpromazin gegeben wurde. 28 Mal wurde Imipramin mit Elektrokrampftherapie kombiniert.
Die isolierte Elektrokrampftherapie wurde nur 2 Mal angewandt.
1960 steht die kombinierte Elektrokrampf-Pharmakotherapie im Vordergrund.

9 x ein Pharmakon (7 x Imipramin, 2 x Chlorpromazin) (I)
2 x isolierte Elektrokrampftherapie (II)
13 x Kombination Imipramin - Chlorpromazin (I_2)
28 x Kombination EKT-Pharmakon (III)

1965 steht die kombinierte Pharmakotherapie im Vordergrund. Sie wurde bei 31 Patienten angewandt. Weit in den Hintergrund treten die isolierte Pharmakotherapie, die 8 Mal verwendet wurde und die kombinierte EKT - Pharmakotherapie, die bei 11 Patienten eingesetzt wurde. Die isolierte Elektrokrampftherapie fand bei keinem Patienten Verwendung.

1965 : 8 x ein Pharmakon (I)
31 x zwei oder mehrere Pharmaka kombiniert (I_2)
11 x EKT und Pharmaka kombiniert (III)

a) Verzeichnis der verwandten Psychopharmaka:

1955 : wurde nur Chlorpromazin angewandt

1960 : wurde mit Imipramin und Chlorpromazin therapiert

1965 : Opipramol wurde am häufigsten angewandt, insgesamt 33 Mal
(7 x isoliert,
18 x kombiniert mit anderen Pharmaka,
8 x in Kombination mit EKT)

Imipramin wurde bei 18 Patienten gegeben.
(1 x isoliert
12 x kombiniert mit Pharmaka
5 x kombiniert mit EKT)

Desimipramin wurde bei 13 Patienten angewandt
(9 x kombiniert mit Pharmaka
4 x kombiniert mit EKT)

Chlorpromazin wurde 13 Mal als Kombinationspräparat verwandt.
Acetexa, Dipenzepin und Northioridazin wurden bei jeweils 5 Patienten, Thioridazin und Dibenzan bei jeweils 4 Patienten angewandt.

b) Die Elektrokrampftherapie

Über die durchschnittliche Anzahl der benötigten Krämpfe während der verschiedenen Jahre läßt sich folgendes sagen:

1950 wurden durchschnittlich 6,5 EKT pro Patient angewandt. Für die Vollremissionen wurde eine durchschnittliche Elektrokrampftherapiezahl von 6,0 EKT pro Pat. benötigt, bei Nichtvollremissionen wurden 7 EKT pro Pat. angewandt.

1955 wurden durchschnittlich 5,6 EKT pro Pat. bei der reinen Elektrokrampftherapie gegeben. Für die kombinierte EK - Pharmakotherapie wurden im Durchschnitt 5,7 EKT pro Patient angewandt.
Bei Vollremissionen betrug die durchschnittlich gegebene EKT-Zahl pro Patient 5,9. Bei den Nichtvollremissionen wurde durchschnittlich mit 5,1 EKT pro Patient therapiert. Die durchschnittliche EKT-Zahl betrug 5,5 EKT pro Patient.

1960 wurden 30 Patienten mit Elektrokrampftherapie behandelt. Bei 2 Patienten wurde EKT isoliert, bei 28 Patienten in Kombination mit Pharmaka gegeben.

1965 wurden 11 Patienten mit EKT in Kombination mit Pharmaka behandelt. Die durchschnittliche EKT-Zahl betrug 5,6 EKT pro Patient.

c) Die kombinierte Pharmako -EK-Therapie

Bei der kombinierten EK -Pharmakotherapie wurde in den meisten Fällen zur zusätzlichen EK-Therapie gegriffen, weil mit Hilfe der Pharmakotherapie keine Vollremission zu erreichen war. In der überwiegenden Zahl der Fälle wurde die Elektrokrampftherapie simultan mit der Pharmakotherapie verabreicht.

Die Behandlungsergebnisse während der 4 Jahrgänge.

1950 fanden sich bei einer Gesamtzahl von 50 Patienten: 36 Vollremissionen
11 Teilerfolge
3 Mißerfolge

Insgesamt kam es bei 72 % der Patienten zu Vollremissionen und bei 28 % zu Nichtvollremissionen.

1955 ergaben sich bei einer Gesamtzahl von 52 Patienten: 39 Vollremissionen und
11 Teilerfolge.
Bei 2 Patienten blieb die Therapie ohne Erfolg.
(74 % Vollremissionen,
26 % Nichtvollremissionen)

1960 zeigten sich bei einer Gesamtzahl von 52 Patienten 15 Patienten mit Teilremissionen, bei 37 Patienten waren Vollremissionen zu verzeichnen.
(71 % Voll-, 29 % Nichtvollremissionen)
1965 fanden sich bei einer Gesamtzahl von 50 Patienten bei 34 Patienten Vollremissionen und bei 16 Patienten Teilerfolge.
(68 % Vollremissionen
32 % Nichtvollremissionen)

D. ERGEBNISSE ANDERER AUTOREN

MATUSSEK, der 442 unbehandelte endogen depressive Patienten zwischen den Jahren 1926 und 1942 untersuchte, fand ein Verhältnis von Frauen zu Männern wie 3 : 2. Er glaubt nicht, daß mehr Frauen als Männer erkranken, sondern er konnte nachweisen, daß aus sozialen Gründen ein Drittel der Männer während einer Phase die Klinik nicht aufsuchen, während dagegen nur ein Fünftel aller Frauen sich im Falle einer Erkrankung nicht stationär behandeln lassen. SCHMITT fand ein Verhältnis stationär behandelter Frauen zu Männern wie 2 : 1.
SEIBEL fand, daß der überwiegende Anteil aller Patienten älter als 40 Jahre war, wobei sie einen deutlichen G ipfel zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr angibt.
MATUSSEK fand, daß über die Hälfte aller Patienten (59 %) bei der Klinikaufnahme über 40 Jahre alt war.

Was das Manifestationsalter angeht, so schreibt MATUSSEK, daß bei 56 % aller Patienten sich die Psychose vor dem 40. Lebensjahr manifestierte, wobei er Geschlechtsunterschiede differenzierte. Er fand, daß sich bei Frauen die Psychose später (45 % vor dem 40. Lebensjahr), bei Männern früher (69 % vor dem 40. Lebensjahr) manifestiert. Bei etwa der Hälfte aller Patienten von MATUSSEK handelte es sich um eine Ersterkrankung, bei 48 % fanden sich eine oder mehr Phasen in der Anamnese.

Die meisten Autoren (MATUSSEK und KINKELIN) finden im Frühjahr ein Maximum an Klinikaufnahmen, ein zweites Maximum geben sie im Herbst an.
KIELHOLZ fand bei periodischen Depressionen in 43 % der Fälle eine Heredität.
LANGE konnte bei 60 % der Patienten eine Erblichkeit nachweisen.
H. H. MEYER fand bei 1000 untersuchten Patienten in 6,7 % der Fälle eine Provokation der Psychose durch körperliche Erkrankung.
KIELHOLZ gab in 5 % der Fälle eine "somatische Auslösung" an.

Als durchschnittliche Dauer einer unbehandelten depressiven Phase gibt KIELHOLZ 6 - 14 Monate, KRAEPELIN 6 - 8 Monate an. Nach MATUSSEK dauern die Mehrzahl der Phasen (55 %) 3 - 7 Monate an. 28 % der Phasen sind länger als 7 Monate, 19 % kürzer als 3 Monate.

SEIBEL, die 529 Patienten, die während der Jahre 1953 - 1963 stationär behandelt wurden und an endogenen Psychosen litten, untersuchte, fand, daß zwei Drittel der Patienten bereits nach 5 Wochen entlassen werden konnten.

KAINARU gibt für die Zeit der reinen Elektrokrampftherapie eine durchschnittliche Klinikaufenthaltsdauer von 30 - 35 Tagen an. Zur Zeit der Pharmakotherapie werden ebenfalls als durchschnittliche Klinikaufenthaltsdauer 4 - 5 Wochen angegeben.

E. Zusammenfassung der statistischen Description (eigene Ergebnisse)

Bei den 4 untersuchten Stichproben aus den Jahren 1950, 1955,1960 und 1965 mit insgesamt 204 Patienten fand sich ein Verhältnis Frauen zu Männern wie annähernd 2 : 1 (128 Frauen : 76 Männern). Über zwei Drittel der Patienten (70 %) waren älter als 39 Jahre bei der Aufnahme. Bei mehr als der Hälfte (55 %) der Patienten manifestierte sich die Psychose erst nach dem 39. Lebensjahr. Zwei Drittel aller Patienten waren weniger als 5 Jahre erkrankt. Etwa die Hälfte der Patienten waren von pyknischer Konstitution, etwa ein Fünftel gehörte dem Mischtyp an, ein Zehntel war von leptosomem, 7 % von athletischem Körperbau. Nur in 7 % der Fälle war die Primärpersönlichkeit auffällig. Eine Erblichkeit ließ sich bei 40 % der Patienten nachweisen. Ein Drittel der Patienten hatten irgendwann einmal während ihrer Erkrankung einen Selbstmordversuch unternommen. Bei etwa der Hälfte der Patienten stellte die jetzige Erkrankung die Ersterkrankung dar.

Bei 30 % der Patienten ging eine Phase, bei 22 % gingen zwei und mehr Phasen voraus.
Bei über zwei Drittel aller Kranken hatte sich die jetzige Erkrankung innerhalb von 6 und mehr Monaten entwickelt. Die meisten Patienten kamen im Frühjahr zur stationären Aufnahme.
Als häufigste Krankheitssymptome wurden angegeben: vitalgestört, innerlich unruhig, depressiv und ängstlich. Der durchschnittliche Klinikaufenthalt betrug während aller 4 Jahrgänge rund 5 Wochen, d. h., daß während der Pharmakotherapieära die durchschnittlich benötigte Hospitalisationsdauer nicht länger war als zur Zeit der Elektrokrampftherapieära.

1950 wurde nur mit EKT behandelt. Es kam in
72 % der Fälle zu Vollremission, in
28 % der Fälle zu Nichtvollremission.
Die durchschnittlich benötigte EK-Zahl betrug 6,5 EK pro Patient.
Für Vollremissionen wurde eine durchschnittliche Elektrokrampf-Zahl von 5,9 EK pro Patient benötigt, bei Nicht-Vollremissionen betrug die durchschnittliche Elektrokrampf-Zahl 7,1 EK pro Patient.
Daraus kann man ersehen, daß bei Nichtvollremittierten eine höhere EK-Durchschnittszahl angewandt wurde als bei Vollremittierten, woraus sich schließen läßt, daß es sich bei den Nichtvollremittierten teilweise um elektrokrampftherapie-resistente Fälle handelt.

1955 wurde ebenfalls überwiegend mit EKT therapiert. Außerdem wurde in 6 Fällen Chlorpromazin isoliert und in 12 Fällen mit EKT kombiniert gegeben.
Bei der kombinierten EKT wurde die gleiche Anzahl Elektrokrämpfe benötigt wie bei der isolierten Elektrokrampftherapie. D. h. also, daß bei der kombinierten Pharmako - Elektrokrampftherapie keine Elektrokrämpfe eingespart werden konnten.
1955 wurden für Vollremissionen im Durchschnitt 5,9 Elektrokrämpfe pro Patient benötigt, während bei nicht Vollremittierten 5,1 Elektrokrämpfe pro Pat. angewandt wurden.
Daraus läßt sich schließen, daß zumindest in einigen Fällen bei den nicht Vollremittierten die Zahl der angewandten Elektrokrämpfe zum Erreichen einer Vollremission zu niedrig war.

Während der Jahre 1950 und 1955 wurden uns die beiden Möglichkeiten, die bei einer reinen Elektrokrampftherapie zu Nichtvollremissionen führen können, vor Augen geführt.
Einmal besteht die Möglichkeit, daß die Zahl der angewandten Elektrokrämpfe zu niedrig ist, um eine Vollremission zu erreichen (siehe Stichprobe 1955), oder es handelt sich um eine therapieresistente Psychose bei der man die Elektrokrampftherapiezahl beliebig steigern kann, ohne einen Therapieerfolg zu erreichen. (siehe Stichprobe 1955)
1955 fanden sich in 74 % der Fälle Vollremissionen, in 26 % Nichtvollremissionen.

1960 wurde mit Imipramin, Chlorpromazin und Elektrokrampftherapie behandelt. Überwiegend wurde mit kombinierter Elektrokrampf - Pharmakotherapie behandelt. (Insgesamt bei 28 Patienten, d. h. über 50 %). 1960 kam es insgesamt in 71 % der Fälle zu Vollremissionen, und in 29 % der Fälle kam es zu Nichtvollremissionen.

1965 wurde bei 31 Patienten (62 %) mit zwei oder mehreren Psychopharmaka behandelt. Bei 11 Patienten (22 %) wurden Pharmaka mit Elektrokrämpfen kombiniert therapeutisch angewandt, 8 Mal wurde ein Pharmakon isoliert gegeben. 1965 kam es in 68 % der Fälle zu Vollremissionen, bei 32 % der Patienten waren Nichtvollremissionen zu verzeichnen.

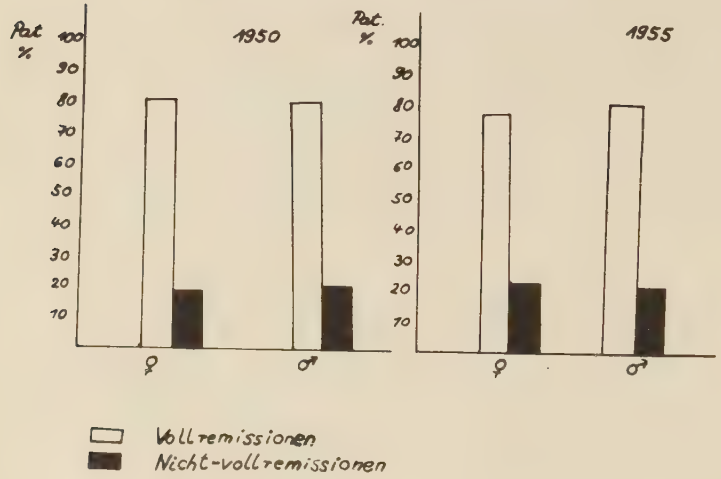
4. STATISTISCHE ANALYSE

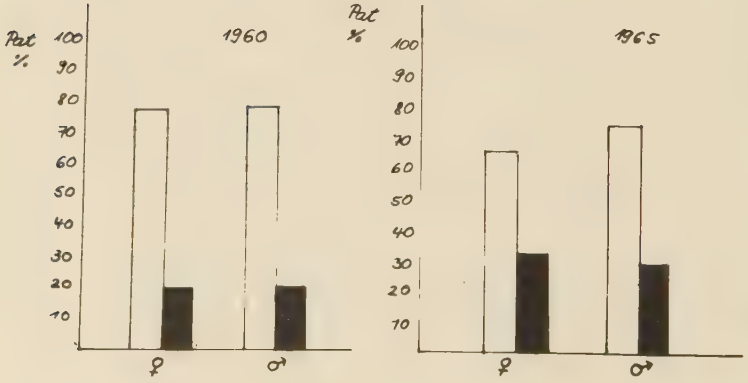
Mit Hilfe des Chi ^{2}-Verfahrens wurde die Abhängigkeit des Behandlungserfolges von verschiedenen Variablen untersucht. Als Untersuchungsmaterial dienten die Stichproben der vier Jahrgänge, die einmal zu einer einzigen Gruppe zusammengefaßt (Gesamtstichprobe) und außerdem einzeln nach Jahrgängen getrennt (Einzelstichprobe) analysiert wurden. Als Variablen wurden Geschlecht, Alter, Manifestationsalter (Alter, in dem sich die Psychose zum ersten Male manifestierte), Phasenanzahl, Dauer seit der Ersterkrankung, Zeitpunkt des therapeutischen Eingreifens und Therapieart gewählt.

4.1. Behandlungserfolg in Abhängigkeit vom Geschlecht

Bei der statistischen Analyse mit Hilfe des Chi^2-Testes ergab sich kein signifikanter Unterschied im Hinblick auf den Behandlungserfolg zwischen Männern und Frauen. Zu erwähnen ist, daß 1965 der prozentuale Anteil an Nichtvollremissionen bei Frauen um 6 % höher liegt als bei den Männern. Während der übrigen Jahrgänge ist der Prozentsatz der Teilerfolge bei Männern und Frauen ungefähr gleich.

Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit vom Geschlecht

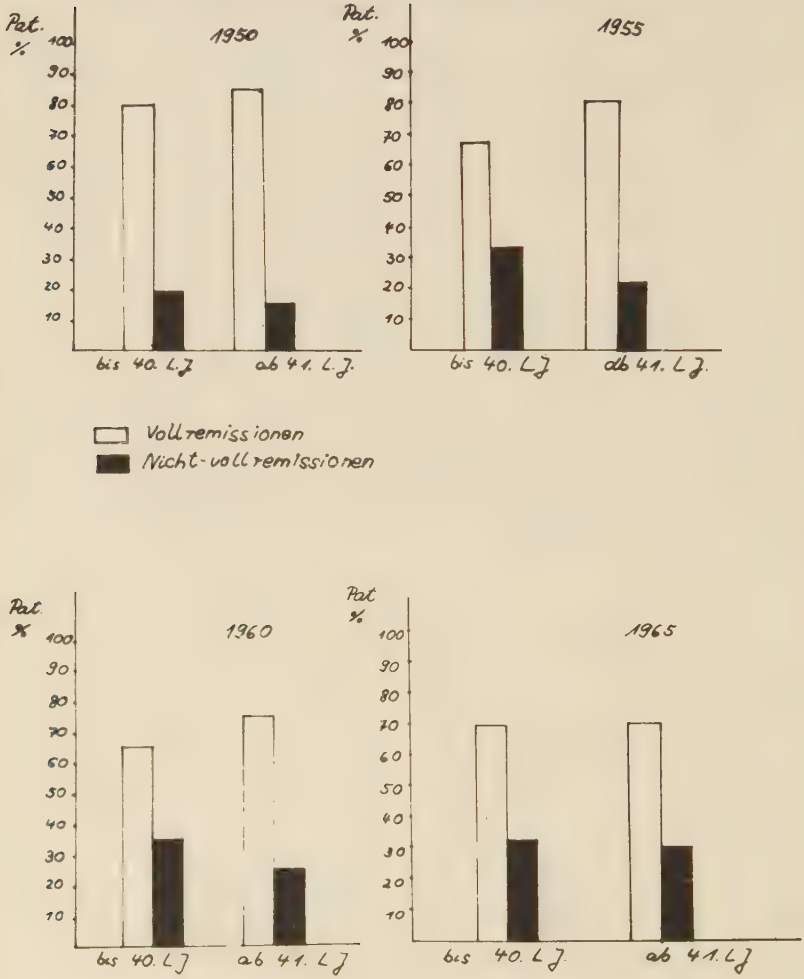




4.2. Behandlungserfolg in Abhängigkeit vom Alter

Bei der statistischen Berechnung ergab sich keine Abhängigkeit des Therapieerfolges vom Alter.
Berechnet man den prozentualen Anteil von Teilerfolgen bei der Altersgruppe unter 40 Jahren und vergleicht ihn mit dem Prozentsatz an Teilerfolgen der Altersgruppe über 40 Jahren, so findet man einen höheren Prozentsatz an Teilerfolgen bei der Patientengruppe, die noch nicht 40 Jahre alt ist. Diese Relation wird besonders deutlich bei der Stichprobe der Jahre 1955 und 1960, während in den Jahren 1950 und 1965 die prozentualen Anteile der Teilerfolge in beiden Gruppen kaum differieren.

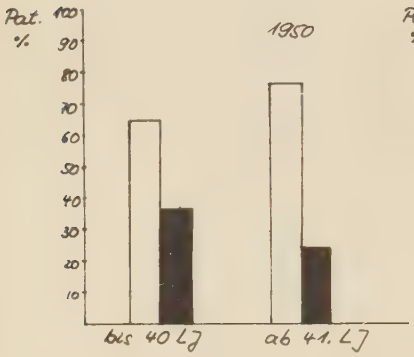
Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit vom Alter

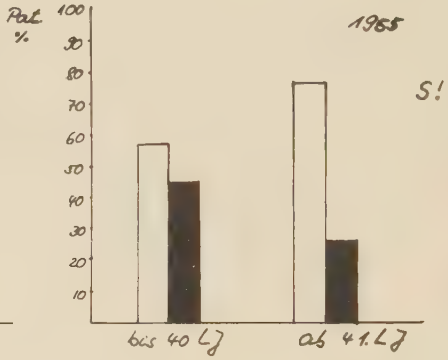


4.3. Abhängigkeit des Behandlungserfolges vom Manifestationsalter.

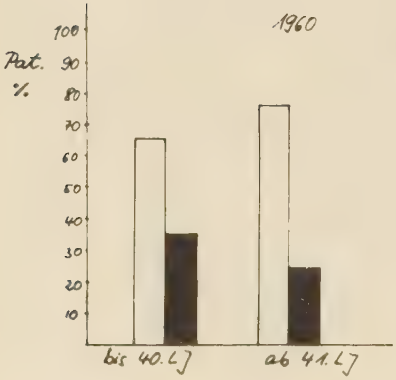
Es ergab sich, daß bei der Zusammenfassung aller vier Stichproben signifikant häufiger gute Erfolge bei Patienten mit einer Manifestation der Psychose nach dem 41. Lebensjahr als bei den Patienten, die vor dem 40. Lebensjahr zum ersten Male erkrankten.
Betrachtet man die Stichproben der einzelnen Jahrgänge getrennt, so findet sich während der Jahre 1955 und 1965 eine signifikante Häufung von Nichtvollremissionen bei den Patienten, bei denen sich die Psychose schon vor dem 40. Lebensjahr manifestierte. Während der Jahre 1950 und 1960 waren bei Patienten mit einem Manifestationsalter unter 40 Jahren 11 - 12 % mehr Mißerfolge zu verzeichnen als bei den Patienten, die erst nach dem 40. Lebensjahr zum erst en Male an einer endogenen Depression erkrankten.
Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sowohl zur Zeit der Therapie mit Elektrokrämpfen wie auch zur Zeit der Pharmakotherapie eine deutliche Abhängigkeit der Therapieergebnisse vom Alter, in dem sich die Psychose zum ersten Male manifestierte, besteht, wobei sich bei einem frühen Manifestationsalter die Prognose verschlechtert.

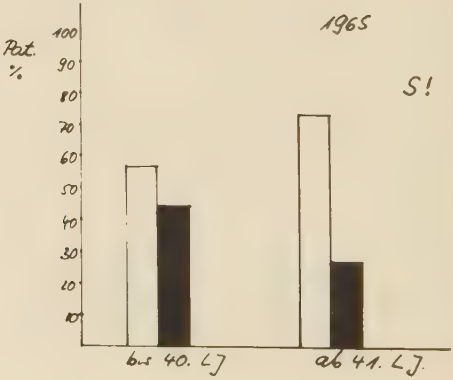
Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit vom Manifestationsalter





S! = Signifikanz

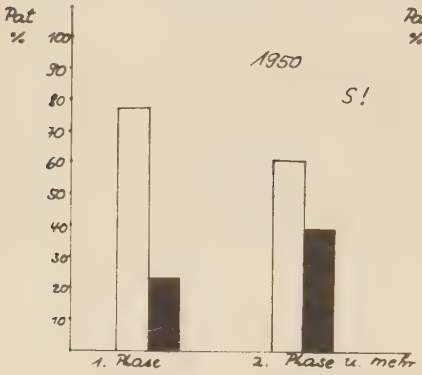


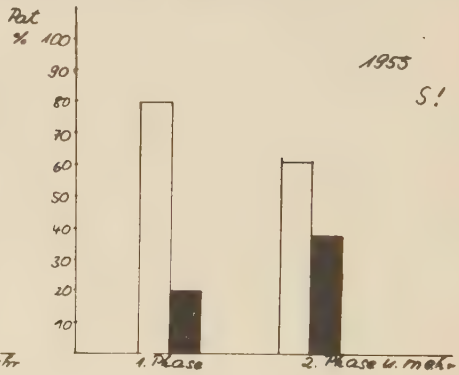


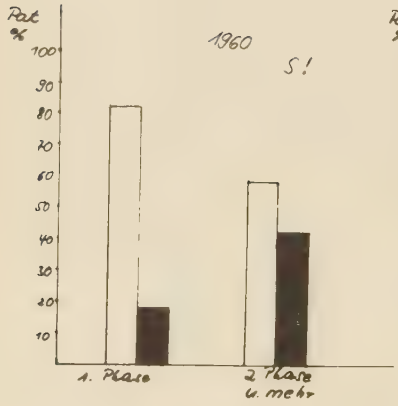
4.4. Abhängigkeit des Behandlungserfolges von der Phasenanzahl.

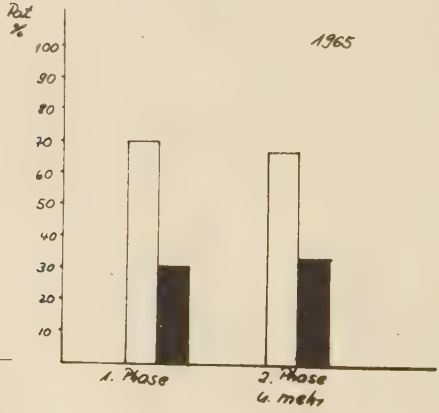
Setzt man bei der Gesamtstichprobe (Zusammenfassung aller vier Stichproben) die Anzahl der Krankheitsrezidive in Beziehung zum Behandlungserfolg, so findet man signifikant häufiger Vollremissionen bei Ersterkrankungen als bei solchen Patienten, die eine oder mehrere Phasen in der Anamnese aufweisen.
Beim Vergleich der einzelnen Stichproben findet sich während der Jahre 1950, 1955 und 1960 eine signifikante Abhängigkeit des Behandlungserfolges von der Phasenanzahl, während 1965 der prozentuale Anteil an Teilerfolgen bei den Patienten, die zum ersten Male erkrankten im Vergleich zu der Patientengruppe, die eine oder mehrere Phasen hinter sich gebracht haben, keinen Unterschied aufwies. Faßt man zusammen, so stellt man fest, daß man von der 2. Phase der Erkrankung an eine Zunahme an Nicht-Vollremissionen zu verzeichnen hat.

Remission in Abhängigkeit von der Phasenanzahl





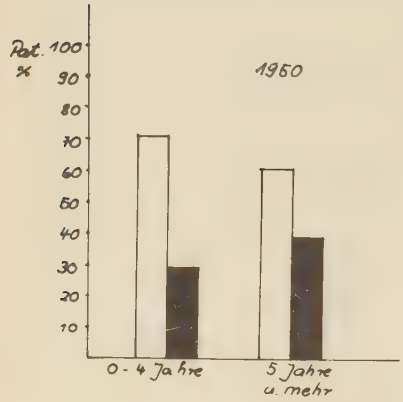


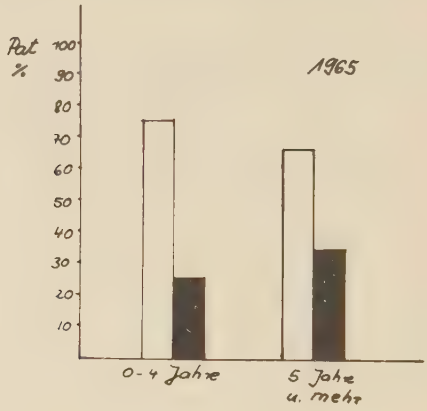


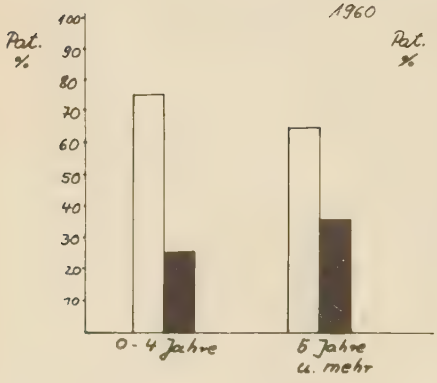
4.5. Remission in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung.

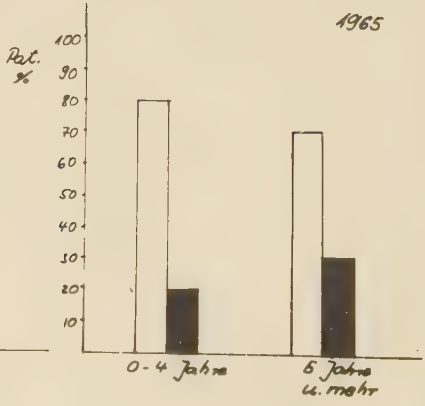
Bei der statistischen Berechnung ergab sich keine Abhängigkeit des Behandlungserfolges von der Dauer seit der Ersterkrankung.
Eindeutig war aber ein Überwiegen der Teilerfolge bei den Patienten festzustellen, deren Erkrankung 5 Jahre und mehr andauerte über den Anteil an Nichtvollremissionen bei der Patientengruppe, deren erste Krankheitsmanifestation weniger als 5 Jahre zurücklag.
Diese Relationen wurden während aller 4 Jahrgänge deutlich, wobei der prozentuale Anteil an Nichtvollremissionen ungefähr 10 % höher war bei einer Erkrankungsdauer von mindestens 5 Jahren im Vergleich zu der Patientengruppe, die weniger als 5 Jahre erkrankt waren.

Remission in Abhängigkeit von der Dauer seit Ersterkrankung





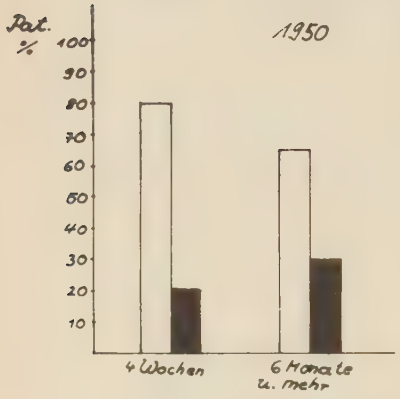


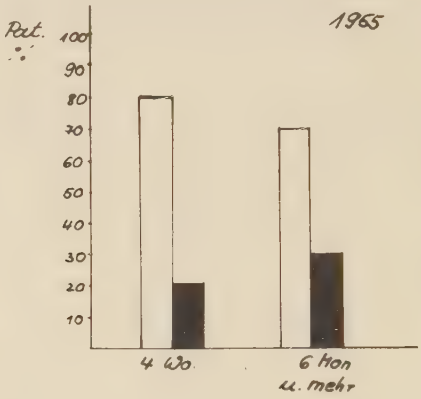


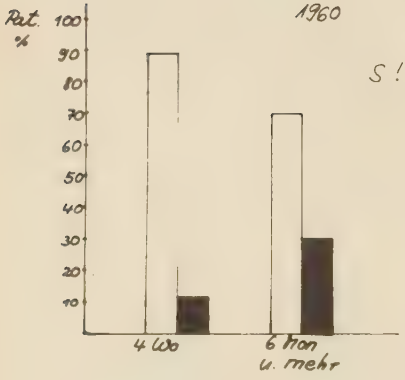
4.6. Remission in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Therapiebeginnes.

Mit Hilfe des Chi ^{2}-Verfahrens ließ sich 1960 eine signifikante Abhängigkeit des Therapieerfolges vom Zeitpunkt des Einsetzens der Behandlung eruieren, wobei signifikant mehr Heilerfolge bei den Patienten zu finden waren, bei denen eine Therapie erst nach mindestens 6 Monaten angewandt worden ist.
Während der Jahre 1950, 1955 und 1965 zeigte sich ein prozentuales Überwiegen an Vollremissionen bei den Patienten, die frühzeitig behandelt wurden.
Je früher also eine Behandlung einsetzt, desto besser sind die Aussichten auf Therapieerfolge. Beim Therapiebeginn nach 6 Monaten kommt es zu schlechteren Therapieergebnissen als bei einem frühzeitigen Behandlungsbeginn.

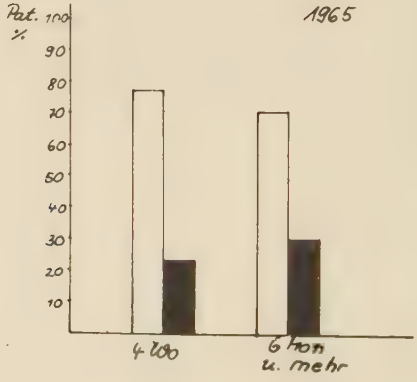
Remission in Abhängigkeit vom Behandlungsbeginn
während der jetzigen Erkrankung







S!

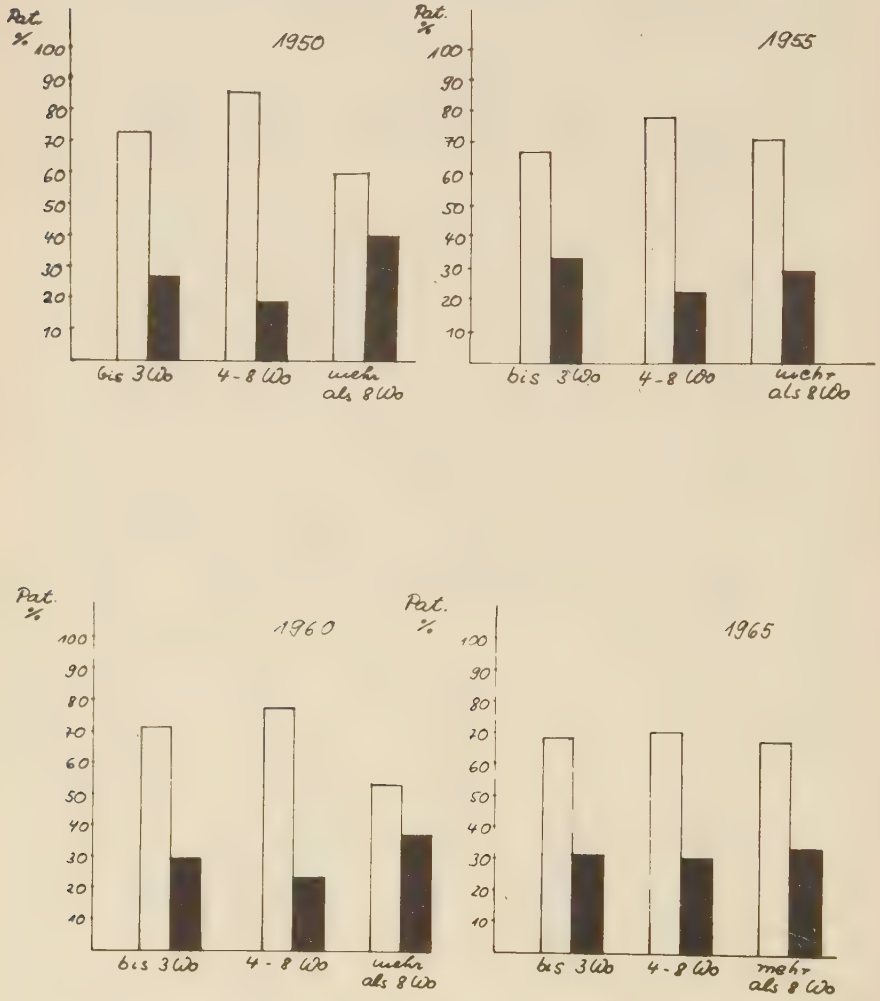


S! - Signifikanz

4.7. Remission in Abhängigkeit vom Klinikaufenthalt in Wochen.

Eine signifikante Abhängigkeit des Behandlungserfolges vom Klinikaufenthalt ließ sich nicht feststellen.
Berechnet man den prozentualen Anteil an Voll- und Teilremissionen für die Klinikaufenthaltsdauer, so erhält man für den Klinikaufenthalt von 4 - 8 Wochen die beste Remissionsrate, während für die Hospitalisationsdauer bis zu 3 Wochen und mehr als 8 Wochen die Aussicht auf Vollremissionen deutlich abnimmt. (Siehe auch Ergebnisse von W. SCHMITT)
Im Vergleich zu den übrigen Jahrgängen ist die Aussicht, mit 3 Wochen Klinikaufenthalt eine Vollremission zu erreichen im Jahre 1950 besser als während der übrigen Jahrgänge.

Remission in Abhängigkeit vom Klinikaufenthalt

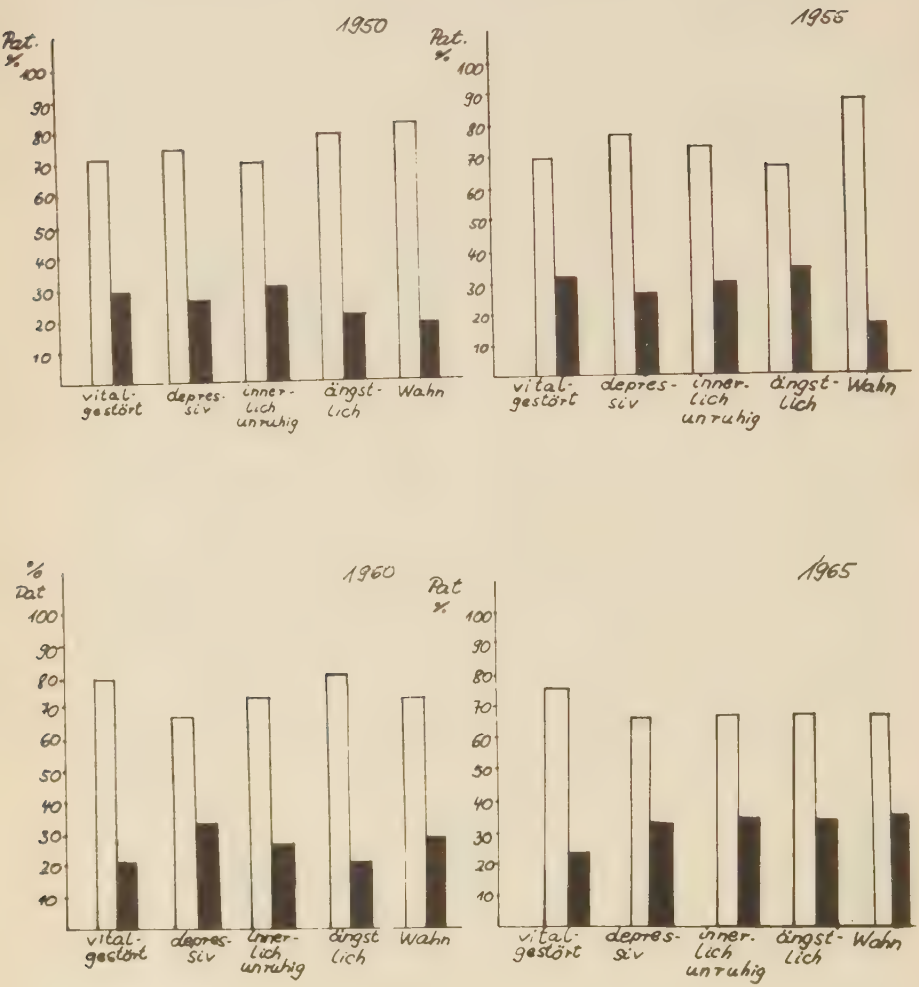


4.8. Abhängigkeit des Erfolges von den einzelnen psychopathologischen Syndromen.

Es konnte mit Hilfe des Chi ^{2}-Verfahrens keine Abhängigkeit des Therapieerfolges von den einzelnen psychopathologischen Syndromen festgestellt werden.

Während der Elektrokrampftherapieära zeigten die psychopathologischen Syndrome, die durch Störungen der vitalen Gefühle charakterisiert waren, ein schlechteres Ansprechen auf die Therapie als die durch Wahninhalte gekennzeichneten Depressionen.
Man kann also feststellen, daß bei den Patienten mit depressiven Wahnideen 1950 und 1955 mehr Vollremissionen zu verzeichnen waren als bei den vitalgestörten depressiven Patienten.
Umgekehrt liegen die Verhältnisse während der Pharmakotherapieära. Während der Jahre 1960 und 1965 zeigten vitalgestörte Depressionen einen höheren Prozentsatz an Vollremissionen als Depressionen mit Wahnsymptomatik.

Remission in Abhängigkeit von den Symptomen



4.9. Abhängigkeit des Behandlungserfolges von der Therapieart.

Bei der statistischen Berechnung ergab sich kein signifikanter Unterschied für den Behandlungserfolg bei den verschiedenen Therapiearten. Betrachtet man nacheinander die Stichproben der Jahre 1955, 1960 und 1965, bei denen mehrere therapeutische Methoden zur Verfügung standen, und vergleicht die Abhängigkeit des Therapieerfolges von der Therapieart, so kommt man zu folgenden Ergebnissen:

1955 wurde hauptsächlich mit Elektrokrämpfen therapiert (bei 68 % der Pat.). Bei 22 % der Patienten wurde die kombinierte Elektrokrampf_ Pharmakotherapie angewandt und nur 10 % wurden mit Chlorpromazin behandelt.
Vergleicht man den prozentualen Anteil an Vollremissionen für die verschiedenen Behandlungsmethoden, so entfällt in diesem Jahrgang der höchste Anteil an Vollremissionen auf die kombinierte Elektrokrampf - Pharmakotherapie. An zweiter Stelle steht die reine Elektrokrampftherapie, mit der sich ebenfalls gute Erfolge erzielen ließen. Der geringste Prozentsatz an Vollremissionen wurde bei der isolierten Chlorpromazintherapie erreicht, was nicht verwunderlich ist, da Chlorpromazin kein Thymoleptikum ist.

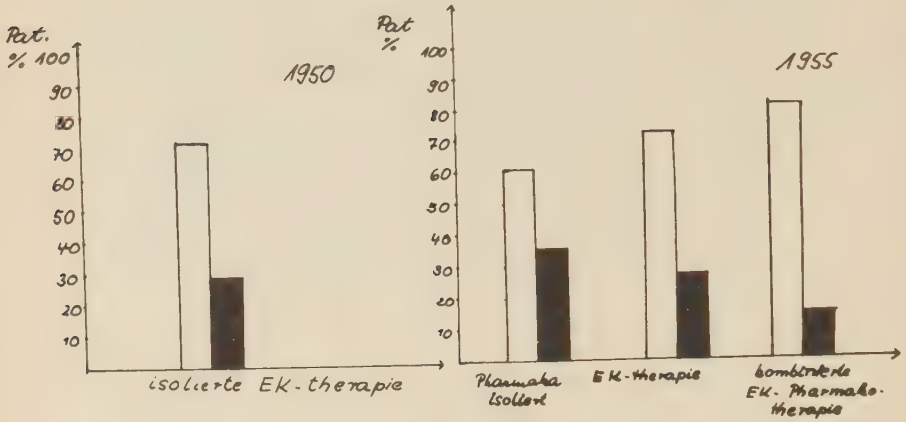
1960 wurde der größte Anteil der Patienten (55 %) mit kombinierter Elektrokrampf - Pharmakotherapie behandelt. Bei 25 % der Patienten wurde eine kombinierte Chlorpromazin-Imipramin, behandlung angewandt. 15 % der Patienten wurden nur mit Imipramin, 5 % der Patienten mit isolierter Elektrokrampftherapie behandelt.
1960 wurde bei den Patienten der höchste Prozentsatz an Vollremissionen erreicht, die mit der kombinierten Elektrokrampf - Pharmakotherapie behandelt wurden. (75 % Vollremissionen zu 25 % Nichtvollremissionen).
An zweiter Stelle stehen die Erfolge mit der kombinierten Chlorpromazin-Imipramintherapie. Bei dieser Therapieart kam es bei 69 % der Patienten zu Vollremissionen und bei 31 % zu nicht Vollremissionen. Die geringste Aussicht auf Vollremission hatten 1960 die isoliert mit Imipramin behandelten Patienten, von denen 63 % vollremittierten, während 37 % der Patienten Teilerfolge zeigten.

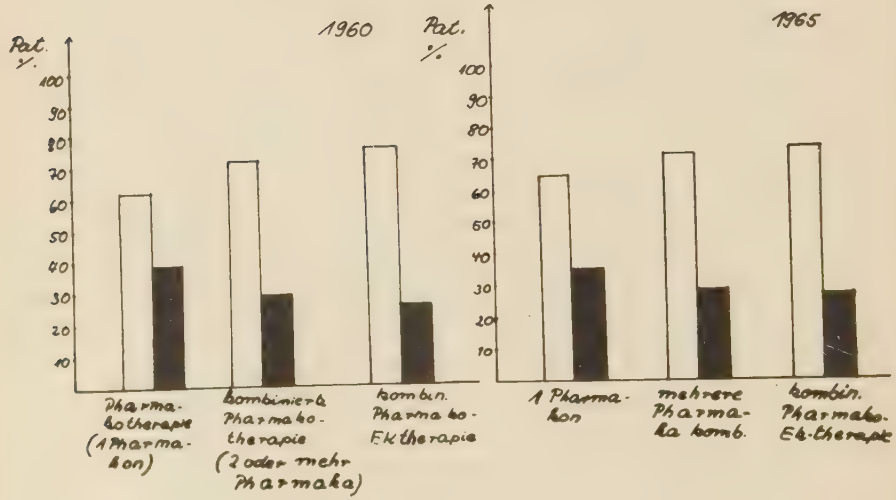
1965 wurde der größte Anteil der Patienten, nämlich 64 % mit kombinierter Pharmakotherapie behandelt. 24 % der Patienten wurden mit kombinierter Elektrokrampf - Pharmakotherapie behandelt; in 12 % der Fälle wurde eine isolierte Pharmakotherapie angewandt.
1965 ließ sich prozentual gesehen kein Unterschied im Therapieerfolg für die einzelnen Therapiearten feststellen.
Vergleicht man diese Therapieergebnisse mit denen der vorangehenden Jahrgänge, so fällt auf, daß 1965 die isolierte Pharmakotherapie im Vergleich zu den übrigen Jahrgängen bessere Therapie-

Ergebnisse zu verzeichnen hat, was wohl damit zusammenhängen mag, daß 1965 viele Psychopharmaka zur Verfügung stehen, mit denen eine gezieltere Therapie möglich ist.
Die kombinierte Elektrokrampf - Pharmakotherapie zeigt 1965 im Vergleich zu den übrigen Jahrgängen einen geringeren Anteil an Vollremissionen, was seinen Grund darin haben könnte, daß es sich hierbei um therapieresistente Psychosen handelt.

Faßt man die Ergebnisse der einzelnen Jahrgänge zusammen, so läßt sich sagen, daß sich günstigere Behandlungserfolge mit der kombinierten Elektrokrampf - Pharmakotherapie oder mit der kombinierten Pharmakotherapie erreichen lassen als mit der isolierten Pharmakotherapie bzw. isolierten Elektrokrampftherapie. Die Elektrokrampftherapie zeigte sich der Pharmakotherapie überlegen. Wegen der geringen Anzahl der isolierten mit einem Pharmakon therapierten Patienten läßt sich aber aus diesem Ergebnis kein verwertbarer Schluß ziehen. Bei der statistischen Prüfung mit dem Chi ^{2}-Verfahren ergab sich kein signifikanter Unterschied für die Vollremissionen der vier Behandlungsgruppen. Was die kombinierte Pharmako-Elektrokrampftherapie angeht, so zeigte sich kein signifikanter Unterschied in Beziehung zum Erfolg zwischen den Gruppen, bei denen die Elektrokrampftherapie simultan oder intermittierend mit der Pharmakotherapie bzw. im Anschluß an die Pharmakotherapie gegeben wurde.

Remission in Abhängigkeit von der Therapieart





5. Zusammenfassung der eigenen Ergebnisse der statistischen Analyse.

Eine Abhängigkeit des Therapieerfolges vom Geschlecht und Alter konnte nicht gefunden werden. Dennoch ist zu erwähnen, daß der prozentuale Anteil an Vollremissionen bei Patienten über 40 Jahren höher liegt als bei den jüngeren Patienten.

Eine signifikant bessere Aussicht auf Vollremission wurde bei den Patienten gefunden, die erst nach dem 40. Lebensjahr erkrankten, d. h. also bei den Patienten, bei denen sich die Psychose nach dem 40. Lebensjahr manifestiert.

Außerdem sind signifikant häufiger Vollremissionen bei den Patienten zu erwarten, die zum ersten Mal an der Psychose erkrankten, im Vergleich zu den Patienten, die eine oder mehrere Krankheitsphasen hinter sich gebracht haben. Das heißt also, daß Ersterkrankungen die beste Aussicht auf Erfolg haben.

Mit Hilfe des Chi ^{2}-Verfahrens ließ sich keine Abhängigkeit des Erfolges von der Dauer der psychotischen Erkrankung eruieren. Dennoch ergab sich prozentual gesehen, ein deutliches Überwiegen der Nichtvollremissionen bei den Patienten, die 5 oder mehr Jahre erkrankt waren.

Wichtig ist, daß man die laufende Phase so bald als möglich behandeln soll, da die Aussichten auf Erfolg um so geringer werden, je länger man mit dem Therapiebeginn abwartet.

Bei einem Einsetzen der Therapie mehr als 6 Monate nach Beginn der jetzigen Erkrankung fanden wir weniger Vollremissionen als bei einem frühzeitigen Therapiebeginn.
Eine signifikante Abhängigkeit des Therapieerfolges von der Hospitalisationsdauer konnte nicht nachgewiesen werden. Der größte Anteil an Vollremissionen liegt bei den Patienten, die 4 bis 8 Wochen stationär behandelt wurden. Diejenigen Patienten, die 3 Wochen und weniger therapiert wurden, zeigten häufiger Nichtvollremissionen, insbesondere während der Pharmakotherapieära, wobei wahrscheinlich zu kurze Zeit therapiert wurde. Diejenigen Patienten, die länger als 8 Wochen behandelt wurden, zeigten ebenfalls eine Zunahme der Nichtvollremission, wobei es sich wahrscheinlich um therapieresistente Psychosen handelte.
Während der Jahre 1950 und 1955, als man mit der Elektrokrampftherapie behandelte, zeigte sich ein gutes Ansprechen der Depressionen mit Wahnideen auf die Therapie, während vitalgestörte Depressionen weniger gut auf die Elektrokrampftherapie ansprachen. 1960 und 1965 fanden sich bei Depressionen mit Vitalstörungen ein hoher Prozentsatz an Vollremissionen, während Depressionen mit Wahnideen weniger gut auf die Therapie ansprachen.
Was die Abhängigkeit des Therapieerfolges auf die Therapieart angeht, so ließ sich kein signifikanter Unterschied der Anteile an Vollremissionen bei den verschiedenen Therapiearten berechnen. Bei den kombinierten Therapiearten (kombinierte Elektrokrampf-Pharmakotherapie und kombinierte Pharmakotherapie) war aber eindeutig der höchste Prozentsatz an Vollremissionen zu verzeichnen.

6. Vergleich mit den Ergebnissen anderer Autoren

ANGST stellte fest, daß bei Patienten, die er mit Imipramin behandelte, der Behandlungserfolg vom Alter des Patienten unabhängig ist. Andere Autoren fanden bessere Therapieergebnisse bei den Patienten, die bei der jetzigen Erkrankung älter als 40 Jahre waren. KAINARU, die mit Elektrokrampftherapie behandelte Patienten untersuchte, gab für die Patienten unter 40 Jahren eine schlechtere Prognose an als für die Patienten, die älter waren. KAINARU beschreibt die besten Therapieergebnisse bei den über 40 Jahre alten Patienten. SEIBEL fand ebenfalls eine Zunahme des Therapieerfolges mit zunehmendem Alter. Wir fanden zwar keine signifikante Abhängigkeit des Therapieerfolges vom Alter, aber prozentual war insbesondere während der Jahre 1955 und 1960 eine deutliche Zunahme des Therapieerfolges bei den Patienten festzustellen, die bei der jetzigen Erkrankung älter als 40 Jahre waren.
W. SCHMITT fand eine signifikante Abhängigkeit des Therapieerfolges vom Manifestationsalter. Auch bei unserer Untersuchung kann dieses Ergebnis am Krankengut der Homburger Klinik bestätigt werden. Bei einem Manifestationsalter unter 40 Jahren waren die Aussichten auf Therapieerfolg schlechter als bei einem späteren Manifestationsalter.

Viele Autoren geben eine Abhängigkeit des Therapieerfolges von der Anzahl der bisher durchgemachten Phasen an. KIELHOLZ fand zur Zeit der Elektrokrampftherapie eine deutliche Abnahme der Erfolge mit zunehmender Phasenanzahl.
J. ANGST gibt bei Untersuchungen mit Imipramin von der 3. Phase an statistisch signifikant schlechtere Ergebnisse an.
HAASE beschreibt bei Untersuchungen mit Imipramin und Desipramin eine Verschlechterung der Ergebnisse bei mehr als zwei Phasen.
Auch unsere Ergebnisse zeigen eine signifikante Häufung von Nichtvollremissionen von der 2. Phase der Erkrankung ab. SCHMITT fand signifikant mehr Nichtvollremissionen von der 5. Phase der Erkrankung ab. SEIBEL gibt eine signifikante Abhängigkeit des Therapieerfolges von der Dauer seit der Ersterkrankung an; wobei die Ergebnisse um so besser sind, je kürzer die Dauer der Erkrankung ist.
Unsere Untersuchung ergab keine signifikante Abhängigkeit des Therapieerfolges von der Dauer seit der Ersterkrankung, aber ein deutliches Überwiegen an Vollremissionen bei den Patienten, deren Erkrankung weniger als 5 Jahre andauerte.
HAASE stellte fest, daß bei einer sofortigen Behandlung der laufenden Phase die Aussicht auf Erfolg größer ist.
Nach unseren Untersuchungsergebnissen zeigten sich ebenfalls mehr Therapieerfolge, wenn frühzeitig mit einer Therapie begonnen wurde.
ANGST fand signifkant schlechtere Therapieergebnisse, wenn die jetzige Erkrankung erst nach einem Jahr therapiert wurde.

Über die Therapieerfolge bei den einzelnen Therapiearten finden sich im Schrifttum folgende Ergebnisse:
VON BAEYER fand bei mit Elektrokrämpfen therapierten Patienten in 80,8 % der Fälle Vollremissionen, wobei er zum Erreichen von Vollremissionen 7,4 Krämpfe pro Patient benötigte.
EGSGAARD gibt bei der Elektrokrampftherapie eine Erfolgsrate von nur 60 % Vollremissionen an.
KAINARU fand in 89 % der Fälle gute Erfolge, wobei die Vollremissionen mit einer durchschnittlichen Elektrokrampftherapiezahl von 6,12 pro Patient erreicht wurde.
Wir fanden 1950 - damals wurde nur die isolierte Elektrokrampftherapie angewandt - in 72 % der Fälle Vollremissionen, wobei zum Erreichen einer Vollremission 6 Elektrokrämpfe pro Patient benötigt wurden.
SCHMITT gibt an, daß bei der reinen Elektrokrampftherapie bei Schulddepressionen signifikant mehr Erfolge als bei vitalen Depressionen zu verzeichnen sind. Auch KAINARU betont, daß Depressionen mit Wahngedanken bei der EK-therapie eine günstigere Remissionsrate haben als die vitalgestörten Depressionen.
Wir konnten diese Ergebnisse bestätigen.

Über die Therapieerfolge der Pharmakotherapie herrschen verschiedene Meinungen. Im allgemeinen liegt die durchschnittliche Erfolgsrate der Pharmakotherapie zwischen 60 und 80 % Vollremissionen.

Wir fanden bei der isolierten Pharmakotherapie mit verschiedenen Pharmaka eine Remissionsrate von 60 bis 65 % Vollremissionen. Im allgemeinen wurde von den verschiedenen Autoren die Wirkung der einzelnen Pharmaka durchgetestet. Sehr viele Arbeiten beschäftigen sich mit der Imipramintherapie. W. SCHMITT -d- fand bei den mit Imipramin behandelten Patienten in zwei Drittel der Fälle Vollremissionen. KIELHOLZ gibt eine Remissionsrate von 60 % an. KUHN fand in drei Viertel der behandelten Fälle Therapieerfolge. W. MEUSERT gibt bei 67 % der Patienten Vollremissionen an. BATTEGAY stellte die Therapieerfolge einer Desipramintherapie von 7 verschiedenen Kliniken zusammen und fand dabei eine durchschnittliche Erfolgsrate von 61 %.
Für die Wirksamkeit der übrigen Psychopharmaka werden von den verschiedenen Autoren ebenfalls unterschiedliche Therapieerfolgsergebnisse angegeben.
BENTE, ENGELMEIER, HEINRICH, HIPPIUS und SCHMITT geben bei den mit Dibenzepin behandelten Patienten in 60 % der Fälle gute Erfolge an.
J. ANGST gibt dagegen nur in 40 % der Fälle der mit Amitriptylin behandelten Patienten gute Erfolge an.
ARNOLD hat bei 75 % der mit Amitriptylin behandelten Patienten Vollremissionen zu verzeichnen. Für die Opipramoltherapie gibt ANGST in 56 % der Fälle gute Erfolge an.

Immer wieder wird die Frage erörtert, welche Therapieart die besten Aussichten auf Erfolg hat. SCHMITT -d- fand eine Abhängigkeit der

Behandlungsergebnisse vom Behandlungsverfahren, wobei die Vollremissionen bei kombinierten Therapiearten signifikant höher sind als bei Einzeltherapie mit einem Pharmakon bzw. isoliert mit Elektrokrämpfen. Nach unseren Ergebnissen war keine signifikante Abhängigkeit des Therapieerfolges von den verschiedenen Therapiearten festzustellen; dennoch war ein deutliches Überwiegen der Therapieerfolge bei der kombinierten Elektrokrampf - Pharmakotherapie und der kombinierten Pharmakotherapie zu finden.
Andere Autoren wie KALINOWSKY fanden keinen Unterschied zwischen den Erfolgen bei mit reiner Elektrokrampftherapie behandelten und solchen mit kombinierter Elektrokrampf - Pharmakotherapie therapiert wurden.
J. ANGST -b- beschäftigte sich mit der Frage, ob ein Unterschied im Therapieerfolg besteht je nachdem, ob man mit Elektrokrämpfen oder Imipramin behandelt. Er glaubt, daß mit Hilfe der Elektrokrampftherapie am schnellsten eine Besserung erreicht wird, daß aber nach Ablauf von mehreren Wochen mittels der Pharmakotherapie genausoviele Patienten remittiert sind wie nach einer kürzeren Behandlungsdauer mit Hilfe der Elektrokrampftherapie.

7. Abschließende Betrachtung

Wenn man die Entwicklung der Therapie der endogenen Depressionen während der letzten 15 Jahre betrachtet, so fällt auf, daß in der heutigen Zeit die Pharmakotherapie im Behandlungsplan im Vordergrund steht und die Elektrokrampftherapie zurückgedrängt hat. Die Pharmakotherapie hat der Elektrokrampftherapie gegenüber große Vorteile:

1. Die Pharmakotherapie ist im Gegensatz zur Elektrokrampftherapie gut steuerbar, d. h. also, daß die therapeutische Wirkung aufhört, sobald man das jeweilige Psychopharmakon absetzt.
2. Bei einer Elektrokrampftherapie ist eine Hypoxie des Gehirnes nicht auszuschließen. (MEYER -b-). VON BAEYER betont, daß jede Elektrokrampftherapie zunächst eine Hirnschädigung setzt, zumindest eine funktionelle, wobei die Frage bleibt, in wie weit anatomisch greifbare Spuren bleiben.
3. Die Pharmakotherapie, insbesondere eine kombinierte Pharmakotherapie hat den Vorteil, daß man gezielt symptomgerichtet therapieren kann.
4. Man hat dank der Pharmakotherapie die Möglichkeit, die Psychose ambulant zu behandeln.

Dennoch nimmt die Elektrokrampftherapie, wie aus dem Schrifttum und aus den eigenen Untersuchungen zu ersehen ist, auch heute noch eine bedeutende Stellung im Therapieplan der endogenen Depressionen ein.

Die Elektrokrampftherapie in Kombination mit der Pharmakotherapie angewandt zeigt sehr gute Behandlungsergebnisse und wird oft bei Nichtansprechen der Pharmakotherapie als ultima ratio eingesetzt.

T A B E L L E N

Tabelle 1

Geschlecht	1950	1955	1960	1965
männlich	21	20	17	18
weiblich	29	32	35	32

Tabelle 2

Alter	1950	1955	1960	1965
bis 29 Jahre	3	3	6	3
bis 39 Jahre	13	8	8	13
bis 49 Jahre	15	15	15	13
ab 50 Jahre	19	26	23	21

Tabelle 3

Wohnsitz	1950	1955	1960	1965
Großstadt	13	6	7	6
Kleinstadt	21	14	26	14
ländl. Bezirk	16	32	19	30

Tabelle 4

Zivilstand	1950	1955	1960	1965
ledig	3	5	2	4
verheiratet	39	43	48	45
verwitwet	8	4	2	1

Tabelle 5

Schulbildung	1950	1955	1960	1965
Volksschule	42	45	41	35
höhere Schule	8	7	11	15

Tabelle 6

Berufsausbildung	1950	1955	1960	1965
keine	19	18	22	23
angelernt	5	6	7	5
Lehre	16	17	12	12
Fachschule	5	6	7	6
Hochschule	5	5	4	4

Tabelle 7

Stellung im Beruf	1950	1955	1960	1965
Hausfrauen	29	24	28	23
Arbeiter	6	6	4	5
Handwerker	6	7	5	5
Kaufleute	4	0	4	0
Angestellte	0	10	2	4
Beamte	3	3	4	7
Landwirte	0	0	2	2
Akademiker	2	2	3	4

Tabelle 8

Sozialer Status	1950	1955	1960	1965
geordnet	44	47	49	48
nicht geordnet	3	2	3	1
unbekannt	3	3	0	1

Tabelle 9

Ökonomischer Status	1950	1955	1960	1965
Schlecht	2	1	0	0
mittel	28	23	20	22
gut	20	28	32	28

Tabelle 10

Familienverhältnisse bis zum 15. Lebensjahr

	1950	1955	1960	1965
unehelich geboren	1	0	1	1
Tod eines Elternteiles	6	2	4	4
Scheidung der Eltern	2	1	1	1
Heimkind	1	0	0	0

Tabelle 11

Heredität endogener Depressionen

	1950	1955	1960	1965
Verwandte 1. Grades	7	10	15	13
fernere Verwandte	4	10	7	12
keine Heredität	39	32	30	25

Tabelle 12

Prämorbide Persönlichkeit

	1950	1955	1960	1965
auffällig	9	9	4	7
unauffällig	31	40	40	39
unbekannt	10	3	8	4

Tabelle 13

Konstitutions-Typen	1950	1955	1960	1965
pyknisch	22	38	29	28
pyknoathletisch	13	4	10	10
athletisch	4	3	3	3
leptoathletisch	5	2	3	2
leptosom	6	5	7	7

Tabelle 14

frühere psych. Störungen	1950	1955	1960	1965
Suicidversuche	14	19	11	13
Sucht	1	1	1	1
cerebrale Krankheiten	0	0	0	0

Tabelle 15

Manifestations-alter	1950	1955	1960	1965
bis 29. L.J.	9	8	13	11
bis 39. L J.	16	10	10	15
bis 49. L J.	12	14	15	16
ab 50. L J.	13	20	14	8

Tabelle 16

Dauer seit der Ersterkrankung

	1950	1955	1960	1965
0 Jahre	26	28	16	17
bis 5 Jahre	11	12	17	11
bis 10 Jahre	4	4	11	8
bis 30 Jahre	9	8	8	14

Tabelle 17

Phasenanzahl	1950	1955	1960	1965
0 Phasen	26	31	26	15
1 Phase	16	13	14	18
2 Phasen und mehr	8	8	12	17

Tabelle 18

Klinikaufnahmen	1950	1955	1960	1965
keine Klinikaufnahme	41	41	30	29
1 Klinikaufnahme u. m.	9	11	22	21

Tabelle 19

Entwicklungsdauer der jetzigen Erkrankung innerhalb :

	1950	1955	1960	1965
4 Wochen	19	15	15	13
6 Monaten	18	17	18	26
mehr als 6 Mon.	13	20	19	11

Tabelle 20

Erkrankungsdauer bis zur Klinikaufnahme in Wochen :

	1950	1955	1960	1965
bis 10 Wo.	25	20	25	21
bis 20 Wo.	10	17	19	19
bis 30 Wo.	10	7	3	6
bis 60 Wo.	5	8	3	4

Tabelle 21

Aufnahmemonate	1950	1955	1960	1965
Dez. - Feb.	11	13	13	11
März - Mai	14	27	14	18
Juni - Aug.	16	9	12	12
Sept.- Nov.	9	3	13	9

Tabelle 22

Auslösende Momente	1950	1955	1960	1965
psychisch	10	5	2	4
somatisch	4	7	7	2
unbekannt	36	40	42	44

Tabelle 23

Klinikaufenthalt in Wochen	1950	1955	1960	1965
bis 3 Wo.	11	12	14	13
bis 5 Wo.	18	21	19	24
bis 8 Wo.	15	12	12	5
mehr als 8 Wo.	6	7	6	8

Tabelle 24

Symptome der Erkrankung	1950	1955	1960	1965
Tagesschwankungen	15	13	23	20
Vitalstörungen	38	38	42	39
depressiv	37	31	33	35
gehemmt	20	40	48	34
ängstlich	28	36	26	33
Wahn	15	16	19	12
Selbstmordversuche	15	16	15	10
innerlich unruhig	16	18	14	14
agitiert	4	6	8	6
Zwang	5	3	2	8
Hypochondrie	6	3	4	6

Tabelle 25

	1950	1955	1960	1965
Frauen mit Schwangerschaft	0	1	1	0
Frauen in Menopause	8	10	15	15

Tabelle 26

Vorbehandlung während der jetzigen Erkrankung

1950	1955	1960	1965
0	,1	9	12

Nachbehandlung durch Hausarzt oder Nervenarzt

1950	1955	1960	1965
0	6	30	29

Tabelle 27

Behandlungs-effekt	1950	1955	1960	1965
gute Erfolge	36	39	37	35
Teilerfolge	11	11	15	15
kein Erfolg	3	2	0	0

Tabelle 28

Therapieart	1950	1955	1960	1965
Elektrokrämpfe isoliert	50	34	2	0
1 Pharmakon	0	6	9	8
2 und mehr Pharmaka	0	0	13	31
Komb. EK-Pharmakotherapie	0	12	28	11

Tabelle 29

EK-Applikation bei komb. EK - Pharmako-Therapie

	1955	1960	1965
initial-symptomatisch	2	0	0
simultan	8	16	5
intermittierend-symptomatisch	1	9	4
im Anschluß an Pharmaka	1	3	2

Tabelle 30

bei komb. EK-Pharmakotherapie	1955	1960	1965
Pharmaka erfolglos, daher EKT	12	20	10
EKT erfolglos, daher Pharmaka	0	1	1

LITERATURVERZEICHNIS

ARNOLD, O. H.: Die Behandlung der Depressionen mit Amitriptylin.
Wien. med. Wschr. 111, 272-274 (1961)

ANGST, J.: Vergleich der antidepressiven Eigenschaften von Amitriptylin und Imipramin.
Psychopharmacoligia, Vol. %, Nr. 2263
389-401 (1963)

ANGST, J.: Insidon als Antidepressivum
-a- Nervenarzt 34, 76-80 (1963)

ANGST, J.: Erfolge und Mißerfolge der psychopharmakologischen Therapie am Beispiel der
-b- Depressionen.
Hippokrates 36, 946-951 (1965)

VON BAEYER, W.R.: Die moderne psychiatrische Schockbehandlung.
Thieme Verlag, Stuttgart, (1951)

VON BAEYER, W.R.:
GROBE, W. : Psychopatologische Erfahrungen mit der Elektrokrampfmethode.
Archiv für Psychiatrie 179, 163 (1947)

BATTEGAY, R.: Vergleichende Bewertung antidepressiv wirksamer Psychopharmaka unter besonderer Berücksichtigung von Pertofran.
Ref.3. Kongreß C.I.N.P., München (1962)

BENTE, D.
ENGELMEIER, M.
HEINRICH, K.
HIPPIUS, H.
SCHMITT, W.: Entwurf eines Prüfungsprogrammes für die psychiatrische Pharmakotherapie. Psychiatr. Therapeut. Symp. Berlin (1960)

BERSOT, M. H.: Autoobservation de l'électrochoc. Montpellier (1942)

CERLETTI, U.
BINI, L.: L'Elettroshock (Rassunto). Arch. Gen. di Neurol. 19, 266 (1939)

DELAY, J.: L'Electro-choc Masson, Paris, (1946)

DELAY, J.
DENIKER, P.: Méthode chemothérapique en psychiatry. Les nouveaux médicaments psychotropes. Paris, Masson (1961)

EGSGAARD, J. u.a.: Emotional disorders affectible by convulsion therapy Acta psychiatr. suppl. 47, 443 (1947)

HAASE, H. J. ua.: Zur Methodik der Untersuchung antidepressiv wirksamer Medikamente unter besonderer Berücksichtigung von Imipramin und Pertofran. Arch. für Psych. u. Neurol., 204, 427-445 (1963)

HARRER, G.: Zur Chemotherapie der Depressionen. Wien. med. Wschr. 110, 255-259 (1960)

KAINARU, A.: Statistik über die somatische Behandlung der Zyklothymien.
Ing. diss. med. Heidelberg (1958)

KALINOWSKY, L.: Electric convulsive therapy after ten years of pharmakotherapy.
Amer. J. Psych. 120, 944-949 (1964)

KIELHOLZ, P.: Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder.
Documenta Geigy, Acta psychosomatica Nr. 2, (1959)

KIELHOLZ, B.
BATTEGAY, R.: Behandlung depressiver Zustandsbilder unter besonderer Berücksichtigung von Tofranil.
Schweizer med. Wschr. 88, 763-767 (1958)

KIELHOLZ, P.
STAEHELIN, J. E.: Largactil, ein neues vegetatives Dämpfungsmittel bei psychischen Störungen.
Schweizer med. Wschr. 83, 511-586, (1953)

KINKELIN, H.: Verlauf und Prognose des man. depressiven Irreseins.
Schweizer Arch. Neurol. Psych. 73, 100-146, (1954)

KRAEPELIN, E.: Die Erscheinungsformen des man. depr. Irreseins.
Zeitschrift der ges. Neurol. Psych. 62, 1, (1920)

KUHN, R.: Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat. Schweizer med. Wschr. 87, 1135-1140 (1957)

LABORIT, H., HUGENARD, P.: L'Hibernation arteficielle par moyens pharmacodynamiques et physiques. Presse med. 59, 1329 (1951)

LANGE, J.: Manisch depressives Irresein, Handbuch der Erbkrankheiten, Band 4, Leipzig (1942)

MATUSSEK, P. HALBACH, A. TROEGER, U.: Endogene Depression. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin.

VON MEDUNA, L.: Die Konvulsionstherapie. Halle (1937)

MEUSERT, W.: Behandlung endogener Depression. Medizinische 52, 2582-2585, (1959)

MEYER, H. H.: -a- Stat. zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch akute körperliche Erkrankungen. Nervenarzt 24, 498 (1953)

MEYER, H. H.: -b- Pharmakotherapie endogener Psychosen. Builletin der Schweiz. Akad., der med. Wissenschaften. Vol. 15, 267-277 (1959)

PLETSCHER, A.: Biogene Amine und antidepressiver Effekt. Arzneimittelforschung 14, 479-482 (1964 a)

POELDINGER, W.: -a- Kompendium der Psychopharmakotherapie. Deutsche Hoffmann - La Roche AG.

POELDINGER, W.: -b- Laroxyl, ein Thymoleptikum mit neuroleptischer Wirkungskomponente. Nervenarzt 2, 80-84 (1963)

POELDINGER, W.: -c- Klinische Erfahrungen mit Insidon. Therapeutische Umschau 1, 34-37 (1962)

ROBITZEK, E. H. u.a.: Chemotherapy of human tuberculosis with hydrazine derivates of isonicotiniacid. (1952) 13, 27, Quart. Bull. Sea. View. Hosp. ((USA)

SCHÄFFER, S.: Aktuelle Psychopharmaka in der Hand des prakt. Arztes. Der Landarzt 20, 876-880 (1965)

SCHMITT, W.: -a- Psychiatrische Pharmakotherapie Band 21, Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg

SCHMITT, W. u.a.: -b- Zur Stellung eines neuartigen Dibenzodiazepinderivates in der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen. Arzneimittelforschung 14, 538-540 (1964)

SCHMITT, W. u.a.: -c- Die Pharmakotherapie depressiver Psychosen mit einem neuen Iminostilbenderivat. Med. Klin. 57, 49 (1962)

SCHMITT, W.: -d- Pharmakotherapie depressiver Psychosen mit einem Iminodibenzylderivat. Nervenarzt 30, 5-14 (1959)

SCHMITT, W.: Kombinationstherapie bei depressiven Syndromen.
Rothenburger Gespräch, 66-67 (1965)

SCHNEIDER, K.: Einleitung zu einem Gespräch über Schocktherapie.
Nervenarzt 18, 529 (1947)

SEIBEL, B.: Über die Relevanz von Frequenz und Intervallen für den Behandlungseffekt bei der elektrischen Heilkrampftherapie.
Ing. Diss. med. Homburg 1966

SELBACH, H.: Klinische und theoretische Aspekte der Pharmakotherapie der Depressionen.
Wien. med. Wschr. 110, 264,268, (1960)

STEIN, L.,
SEIFTER, J.: Possible mode of antidepressiva action of imipramin.
Science 134, 286-187 (1961)

WEITBRECHT, H. J.: Psychopathologie krampfbehandelter Psychosen.
Thieme Verlag, Stuttgart 1949.

Herrn Professor Dr. H. H. Meyer sei für die Überlassung des Themas, Herrn Professor Dr. W. Schmitt sei für die verständnisvolle Beratung zur Förderung der Arbeit gedankt.
Herrn Diplom-Physiker Martin sei für die Hilfe bei der Programmierung der statistischen Untersuchungen, Herrn Diplom-Psychologen Dr. W. Broeren sei für die Hilfe bei der Auswertung der statistischen Ergebnisse gedankt.

Lebenslauf

Am 10. 6. 1941 wurde ich als Tochter des Studienrates Herbert Ulrich und seiner Ehefrau Luise in Dudweiler geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule in Dudweiler trat ich 1951 in das Mädchenrealgymnasium Saarbrücken ein, das ich bis zur Ablegung meiner Reifeprüfung im Frühjahr 1960 besuchte. Seit dem Sommersemester 1960 studierte ich an der Universität des Saarlandes Medizin. Nach Ablegung der ärztlichen Vorprüfung im Frühjahr 1963 in Homburg studierte ich ein Semester an der Freien Universität Berlin. Im Anschluß daran beendete ich mein Studium an der Universität des Saarlandes in Homburg, wo ich im Sommersemester 1966 mein Staatsexamen mit dem Prädikat "Sehr gut" ablegte. Seit 15. September 1966 arbeite ich als Medizinalassistentin an der Universitätsklinik in Homburg.

ROTAPRINT-OFFSETDRUCKEREI

Klein

6602 Dudweiler · Scheidter Straße 26
Telefon Sulzbach 7 32 84
Drucksachen aller Art · Fotokopien
Spezialgebiet: Druck v. Dissertationen